



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학 석사 학위논문

여성의 정치참여가
여성의 주관적 건강수준에
미치는 영향

2017년 8월

서울대학교 대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
이 도 연

여성의 정치참여가 여성의 주관적 건강수준에 미치는 영향

지도교수 김 창 엽

이 논문을 보건학 석사 학위논문으로 제출함

2017년 5월

서울대학교 대학원

보건학과 보건정책관리학 전공

이 도 연

이도연의 석사학위논문을 인준함

2017년 6월

위 원 장 김 선 영 (인)

부위원장 유 승 현 (인)

위 원 김 창 엽 (인)

국문초록

연구의 배경 및 목적

정치는 정책에 영향을 미치고 정책변화는 한 국가의 건강수준에 영향을 미친다. 여성은 사회구조적으로 정치참여에서 배제되어 왔으며, 여성 건강에 대한 정책적 지원은 거의 없었다. 젠더는 사회 계층화 요인으로서 작동하여 여성이 건강 잠재력을 충분히 발휘하지 못하게 한다. 그러나 여성의 정치참여와 여성건강의 관계를 직접적으로 탐색한 연구는 없었으므로 본 연구에서는 국가수준에서의 여성의 정치참여가 국가별로 개인수준에서 여성의 주관적 건강수준에 미치는 영향을 탐색하고자 한다.

연구 방법

본 연구는 World Value Survey의 6차 자료를 바탕으로 하였으며, 총 46개국의 여성 27025명을 대상으로 하였다. 독립변수로는 여성의 투표참여와 여성의 비제도적 정치참여를 사용하였으며, 국가 수준의 변수는 개인 수준의 변수를 합산 평균 하였다. 종속변수로는 개인의 주관적 건강수준을 사용하였다. 국가수준 통제 변수로는 성격차지수, 주관적 성역할 인식, 출생 시 기대수명, 영아사망률, 세계자유지수를 사용하였고, 개인 수준 통제 변수로는 연령, 주관적 계층인식, 소득, 결혼 여부, 학력을 사용하였다. 분석 방법으로는 기술통계분석, 로지스틱 회귀분석, 피어슨 상관분석, 다수준 회귀분석을 시행하였으며 프로그램은 SAS 9.4를 사용하였다.

연구 결과

국가수준에서 여성의 정치참여도는 국가의 소득수준, 성격차지수, 주관적 성역할인식과 긍정적인 상관관계를 보였다. OECD 소속 국가들만을 대상으로 하였을 때, 국가수준에서 여성의 비제도적 정치참여도만 국가의 소득수준, 성격차지수, 주관적 성역할인식과 긍정적인 상관관계를 보였다. 연령이 낮을 수록, 주관적 계층인식이 높을수록, 소득수준이 높을 수록, 학력수준이 높을 수록, 독신일수록 여성의 주관적 건강수준이 증가하였다. 국가 수준에서 여성의 투표참여는 개인 수준에서 여성의 주관적 건강수준에 대하여 부정적인 효과를 보였으나 국가 수준에서 여성의 비제도적 정치참여는 개인 수준에서 여성의 주관적 건강수준에 대하여 긍정적인 효과를 보였다.

결론

본 연구를 통해서 여성의 투표참여가 여성의 주관적 건강수준에 긍정적인 영향을 미친다고 보기는 어렵지만, 여성의 비제도적 정치참여가 여성의 주관적 건강수준에 긍정적인 영향을 미친다는 결과를 도출하였다. 이와 같은 결과는 ‘국가수준에서의 여성의 정치참여가 높을수록 그 국가 여성들의 주관적 건강수준이 높아질 것이다.’ 라는 본 연구의 가설을 일부 지지한다. 한편, 여성의 모든 참여가 여성의 건강에 긍정적으로 작동하지는 않는다는 것을 확인할 수 있었으며, 젠더 불평등 완화를 목적으로 하는 참여의 중요성을 도출해낼 수 있었으나 본 연구에서 건강에 미치는 효과를 확인하지는 못하였다. 또한 여성의 정치참여가 여성의 건강에 영향을 미치는 경로에 대해서도 확인하지 못하였다.

.....

주요어: 여성건강, 여성의 정치참여, 정치참여와 건강

학 번: 2015-2404

목 차

제 1장 서론.....	1
제 1절 연구의 배경.....	1
제 2절 연구의 목적.....	4
제 2장 이론적 배경.....	5
제 1절 건강결정요인으로서의 정치.....	5
제 2절 여성의 건강.....	15
제 3절 여성의 정치참여와 건강.....	23
제 3장 연구 방법.....	27
제 1절 연구 대상.....	27
제 2절 변수의 정의.....	29
제 3절 분석 방법 및 모형.....	38
제 4장 연구 결과.....	42
제 1절 기술통계분석.....	42
제 2절 여성의 정치참여가 여성의 주관적 건강수준에 미치는 영향 에 대한 분석결과.....	60
제 5장 고찰 및 결론.....	71
제 1절 고찰.....	71
제 2절 연구의 함의 및 한계점.....	76
참고문헌.....	78

Abstract.....	86
---------------	----

표 목차

[표 1] 변수표.....	39
[표 2] 변수의 기술통계량.....	49
[표 3] 연구대상자의 일반적 특성(국가수준).....	52
[표 4] 일반적 특성에 따른 여성의 주관적 건강수준(개인수준).....	62
[표 5] 피어슨 상관분석(국가수준).....	65
[표 6] 피어슨 상관분석(개인수준).....	67
[표 7] 여성의 정치참여가 여성의 주관적 건강수준에 미치는 영향에 대한 다수준 회귀분석(1).....	71
[표 8] 여성의 정치참여가 여성의 주관적 건강수준에 미치는 영향에 대한 다수준 회귀분석(2).....	73

그림 목차

[그림 1] 정치, 노동시장, 복지정책, 경제적 불평등, 그리고 건강 지표들	6
[그림 2] 거시적 개념틀 및 정책 개입 지점	7
[그림 3] 여성의 건강에 영향을 미치는 요인 모형	16
[그림 4] 여성의 건강에 영향을 미치는 요인에 대한 포괄적 개념틀 ...	17
[그림 5] 젠더와 건강 모형	19
[그림 6] 건강의 사회적 결정요인으로서의 젠더의 역할에 대한 개념틀>	21
[그림 7] 연구대상 국가(46개국)	28
[그림 8] 이론적 모형	40
[그림 9] 분석 모형	41
[그림 10] GNIpc(PPP, international \$)에 따른 여성의 투표참여도	53
[그림 11] GNIpc(PPP, international \$)에 따른 여성의 비제도적 정치참여도	53
[그림 12] 성격차지수(GGI)에 따른 여성의 투표참여도	54
[그림 13] 성격차지수(GGI)에 따른 여성의 비제도적 정치참여도	54
[그림 14] GNIpc(PPP, international \$)에 따른 여성의 투표참여도(OECD 국가)	55

[그림 15] GNIpc(PPP, international \$)에 따른 여성의 비제도적 정치참여도 (OECD 국가)	55
[그림 16] 성격차지수(GGI)에 따른 여성의 투표참여도(OECD 국가)	56
[그림 17] 성격차지수(GGI)에 따른 여성의 비제도적 정치참여도(OECD 국 가)	56

제 1장 서론

제 1절 연구의 배경

정치는 정책변화를 통해서 다른 건강의 사회적 결정요인들에 영향을 미침으로써 건강 결과에 영향을 미친다. Navarro(2004)는 정치가 노동시장과 복지를 통해서 불평등에 영향을 미치고, 노동시장, 복지, 사회경제적 불평등이 건강과 건강불평등에 영향을 미친다고 하였다(Navarro, 2004). Borrell, Espelt, Rodríguez-Sanz & Navarro (2007)은 그 경로로 (1)강한 노동운동; (2)공익(public benefit); (3)완전고용정책 및 여성의 높은 노동참여율과 건강, 삶의 질, 특히 여성의 건강과의 관련성; (4) 낮은 수준의 소득불평등과 사회경제적 불평등; 네 가지를 제시한다(Borrell, Espelt, Rodríguez-Sanz, & Navarro, 2007).

정치는 건강의 사회적 결정요인들을 결정짓는 요인이지만, 여성은 그동안 기존 정치에서 배제되어 왔다. 세계 경제포럼에서 매년 발표하는 The Global Gender Gap Report 의 2016 년도 보고서에서 ‘정치적 권한’ 부문의 지수를 보았을 때, 가장 평등한 국가조차인 아이슬란드조차도 0~1 의 점수 중 0.712 를 나타내었을 뿐이다(Schwab et al., 2016). 여성이 정치에 참여하지 못하는 가장 큰 원인은 가족에 대해 여성에게 책임을 더 지우는 사회 구조이며, 여성이 정치에 관심을 가지지 않게끔 사회화되는 것도 큰 축이다(Bari, 2005; Chhibber, 2002; Lopez-Claros & Zahidi, 2005; Pape, 2008; Welch, 1977).

한편 젠더(gender)는 생물학적 성별(sex)와는 구별되는 개념으로서 사회적 성별을 의미하며, 또한 사회 계층화 요인으로서 건강의 사회적 결정

요인이다(Sen, Ostlin, & George, 2007). WHO의 Commission on Social Determinants of Health(CSDH)의 Gender Equity Knowledge Network(GEKN)의 보고서에 따르면, 젠더에 따라 구조화된 결정요인은 “(a)차별적 가치, 규범, 실천, 행동; (b) 질병, 장애, 상해에 대한 노출과 취약성이 다름; (c) 보건의료시스템에서의 편견; (d) 건강 연구에서의 편견;” 등의 매개 요인들을 통해 성별에 따라 불평등한 건강결과를 낳는다(Sen, Östlin, & Geroge, 2007).

이처럼 여성은 성차별적 구조에 의하여 건강잠재력을 충분히 발휘하지 못하고 있다. 여성의 정치적 참여를 통해 이런 성차별적 구조는 개선될 수 있다. 일례로 서구에서 여성의 건강을 둘러싼 여성의 참여는 보건의료 시스템의 변화를 일으켰다. 미국과 캐나다 등에서 1960년대 이후의 여성건강운동을 통해서 각지에 여성건강센터가 생겼고, 여성건강에 대한 연구가 늘었으며, 여성건강에 대한 정부 지원이 늘었다. 또한 여성들이 역능화(empower)되어 다른 분야에서도 참여의 주체가 되었으며, 여성건강에 대한 법제도가 개선되고, 정책이 입안되고, 보건의료 환경이 개선되었다(이건정, 2013). 또한 여성의 정치참여확대를 통해 여성의 정치적 대표성이 더 강화되고, 이는 다시 여성정책에 대한 관심을 증대시켜서 성차별적 구조를 개선시킨다(Mansbridge, 1999; 김영란, 2004; 박영애, 안정화, & 김도경, 2011; 정인경, 2014).

한편, 여성의 정치참여는 여성의 역능화(empowerment)를 통하여 개인의 자아존중감을 높이고, 삶에 대한 통제력을 높이며, 가정과 지역사회에서 의사결정권한이 강화됨으로써 성차별 완화 및 여성 건강 및 어린이의 건강에 기여한다(De Vos et al., 2009; Johnson, Worell, & Chandler, 2005; Zimmerman, 2000; Zimmerman & Rappaport, 1988).

여성의 참여와 여성의 건강에 대한 기존 연구들은 대부분 여성건강운동에 대한 연구에 집중되어 있으나, 여성건강운동에 대한 연구들은 건강결과보다는 제도적 변화에 초점을 맞추고 있다(Boscoe, Basen, Alleyne, Bourrier-Lacroix, & White, 2004; Norsigian, 1992; 정인경, 2014). 인도에서 여성의 투표참여와 건강에 대한 연구가 있었으나, 비제도적 정치참여에 대해서는 다루지 않았다(Gleason, 2001).

Navarro 가 연구를 해 왔듯이 정치는 정책에 영향을 미치고, 정책변화는 기대수명이나 영아사망률 등으로 대표될 수 있는 객관적 건강에 영향을 미친다. 여성은 기존 정치에서 배제되어 왔으며, 여성의 건강에 대한 정책적인 지원은 여성건강운동 이전까지 거의 없었다. 미국과 캐나다, 영국 등에서는 여성건강운동을 통해서 여성건강에 대한 제도적 지원책과 인프라가 마련되었으며, 이는 보건의료에서의 성차별적 구조를 개선함으로써 여성 건강에 긍정적인 영향을 미쳤을 것이다. 그러나 여성의 정치참여와 여성건강의 관계를 직접적으로 탐색한 연구는 없었다.

제 2절 연구의 목적

정치적 참여는 정책과 제도에 영향을 미침으로써, 그리고 개인의 역능화를 통하여 건강에 영향을 미친다. 여성은 사회구조적으로 정치참여에서 배제되어 왔으며, 여성의 건강에 대한 정책적인 지원은 서구에서는 여성 건강 이전까지 거의 없었다. 이는 정치참여가 건강에 미치는 효과의 측면에서 여성 건강에 부정적으로 작용하였을 것이다. 여성은 성차별적 구조로 인하여 건강잠재력을 충분히 발휘하지 못하고 있기 때문에 여성의 건강을 별도로 다루는 것이 중요하다. 그러나 여성의 정치참여와 여성건강의 관계를 직접적으로 탐색한 연구는 없었으므로 본 연구에서는 국가수준에서의 여성의 정치참여가 국가별로 개인수준에서 여성의 주관적 건강수준에 미치는 영향을 탐색하고자 한다.

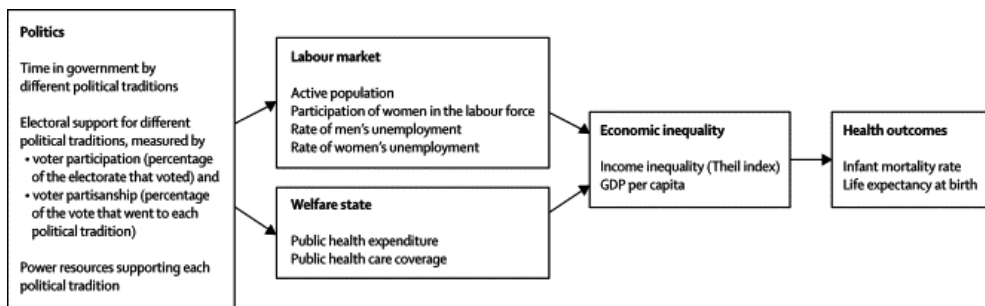
제 2장 이론적 배경

제 1절 정치와 건강

1. 건강결정요인으로서의 정치

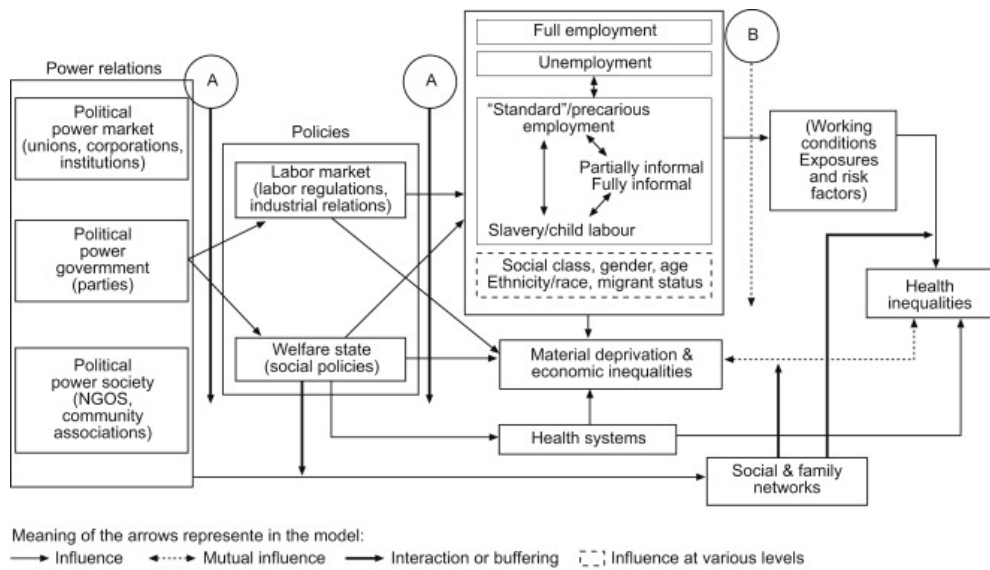
Muntaner, Navarro 등의 학자들은 정치가 노동시장과 복지를 통해서 사회경제적 불평등에 영향을 미치고, 건강결과와 건강불평등에 영향을 미친다는 연구결과를 제시해왔다. Muntaner et al.(2011)의 연구에서는 정치와 건강의 관계에 대해 체계적 문헌고찰을 했는데, 다음과 같은 네 가지의 결과를 얻었다: (1) 좌파와 평등주의적인 정치 성향이 지배적일 때 인구집단건강이 더 효과가 좋고 일관성이 있고 실질적인 효과가 있다; (2) 선진국과 자유민주주의국가에서 정치체제가 건강에 미치는 영향이 크고 긍정적이다; (3) 부유한 나라들의 주요 복지 체제에 대한 연구에서는 정치체제가 사회 민주주의 체제일 때, 상대적 건강불평등이 지속적으로 있음에도 절대적인 건강 결과를 가장 좋게 내는 경향이 있음을 발견했다; (4) 세계화를 무역, 외국인 투자 및 국가 부채 등의 의존성 지표들을 통해서 나타낼 때, 이는 인구집단건강과 부정적으로 관련되어 있다(Muntaner et al., 2011). 또한 노동조합 조직률이 높아서 노동자들의 힘이 강하고 평등주의적 정당이 집권하는 국가들에서는 재분배정책을 시행하는 경향이 있고, 이는 복지 강화와 불평등 해소로 이어지며, 기대수명과 영아사망률로 대표되는 인구집단건강을 향상시킨다(Muntaner et al., 2011; Muntaner et al., 2002; Navarro et al., 2003). Navarro et al. (2003)의 연구에서는 1950-1998 시기의 OECD 국가들을 대상으로 정부의 정치성향 등 정치적 요

인과 노동시장의 재분배정책, 소득불평등, 영아사망률, 기대수명과의 관계를 연구하였다. 이 연구에서는 정부의 정치성향에 따라 정부정책방향과 불평등이 달라지고 이에 따라 건강결과가 달라진다고 하였다. 사회민주주의 성향의 정당은 재분배정책을 통하여 불평등을 감소시키고 영아사망률을 낮추었다(Navarro et al., 2003). 또한 Navarro et al.(2006)의 연구에서도 집권당의 정치성향과 출생 시점에서의 기대수명 및 영아사망률의 관계를 보여주었다. 아래 <그림 1.>는 Navarro et al.(2006)에서 정치가 노동시장과 복지상태를 통해 경제적 불평등, 그리고 건강결과에까지 영향을 미치는 경로를 나타낸 모형이다.



<그림 1. 정치, 노동시장, 복지정책, 경제적 불평등, 그리고 건강 지표들>(Navarro et al., 2006)

<그림 2>는 Muntaner Benach, Chung, Edwin & Schrecker(2010)의 연구에서 제시한 모형이다. 이 모형을 통해 정치와 정책, 고용과 건강 사이의 관계들 및 정책 개입 지점에 대해 제시하고 있다(Muntaner, Benach, Chung, Edwin, & Schrecker, 2010).



<그림 2. 거시적 개념들 및 정책 개입 지점>(Muntaner et al., 2010)

Klomp & Haan(2009)의 연구에서는 정치시스템과 그 안정성이 건강의 국가간 차이와 관련이 있는지를 분석하기 위해 여러 건강관련 지표들에 대해 요인분석을 시행했다. 그 결과 민주주의는 소득을 통해 개인의 건강과 긍정적인 관계가 있었다. 또한 정부의 불안정성은 보건의료 부문의 질과의 관계를 통해 개인의 건강과 부정적인 관계가 있었다(Klomp & de Haan, 2009). London & Willians(1990)의 연구와 Besley & Kudamatsu(2006)의 연구에서도 민주주의와 건강은 긍정적인 관계가 있는 것으로 나타났다. London & Willians(1990)은 기본적 욕구의 충족이 그 과정에 있다고 하였고(London & Willians, 1990), Besley & Kudamatsu(2006)는 그 과정에 강한 정치제도가 있다고 하였다(Besley & Kudamatsu, 2006).

한편, 사회전환기를 겪는 시기에서는 건강이 나빠지기도 했는데, Adeyi,

Chellaraj, Goldstein, Preker & Ringold(1997)은 중앙 및 동부유럽에서 사회주의로부터 민주주의로 이행하고 또 시장경제를 도입하는 초창기에는 건강이 나빠졌다고 보고하였다. 그 과정에는 (1) 실질소득 감소와 소득불평등 확대; (2) 스트레스 및 스트레스 연관 행동; (3) 환경과 직업위험에 대한 느슨한 규제; (4) 기본 보건서비스의 와해; 등이 있다고 하였다 (Adeyi, Chellaraj, Goldstein, Preker, & Ringold, 1997).

Borell, Espelt, Rodriguez-Sanz & Navarro(2007)는 사회민주주의적 정치성향이 건강과 건강불평등에 영향을 미치는 경로들을 제시하였다. Borell et al.(2007)은 (a)강한 노동운동; (b)공익(public benefit); (c)완전고용정책과 여성의 높은 노동참여율이 건강과 삶의 질, 특히 여성의 건강과 관련됨; (d) 소득불평등과 사회경제적 불평등 수준이 낮음; 등의 경로를 통해서 사회민주주의 정치성향이 건강과 건강불평등에 영향을 미친다고 하였다(Borrell et al., 2007).

이상의 결과를 종합해봤을 때 집권정당의 정치적 성향에 따라서도, 특정 시기의 정치적 상황에 따라서도 건강은 영향을 받는다는 것을 알 수 있다. 따라서 정치는 건강을 결정하는 중요한 요인이다. 건강을 결정하는 요인에 개입함으로써 건강 결과가 달라지는데, 정치참여는 정치를 변화시킴으로써 건강 결과에 영향을 미친다.

2. 정치참여

정치참여에 대해서는 기존 연구자들이 다양한 방식으로 정의를 했다.

Huntington & Nelson(1976)은 정치참여를 “정부의 정책결정에 영향을 미치려고 의도하는 일반 시민들의 행위” 라고 정의하였다(Huntington & Nelson, 1976). Verba & Nie(1987)은 “정부 공직자의 선출이나 이들의 행위에 다소간 직접적으로 영향을 주려고 하는 일반 시민들의 활동” 으로 정의하였으며(Verba & Nie, 1987), Verba, Nie & Kim(1987)의 연구에서는 “정부 공직자의 선출이나 정부의 정책에 영향을 미치려고 행해지는 일반 시민의 합법적인 행동” 으로 정의하였다(Verba, Nie, & Kim, 1987). Conge(1988)은 기존의 정의를 통합적으로 검토하여 “국가적 또는 지역단위에서 사회 구조, 당국, 공공재의 분배와 관련된 의사결정을 지지하거나 반대하는 개인적 혹은 집합적 행동” 이라고 정의하였다(Conge, 1988). Leftwich & Held(1984)는 “ 정치는 권력에 관한 것이다; 권력의 분배와 사용을 반영하며 이에 영향을 미치는 것이다; 그리고 자원의 사용에 대한 권력의 효과에 대한 것이며, ‘사회 구성원, 기관과 제도의 변혁 역량에 대한 것이다; 정부에 관한 것만은 아니다.” 라고 하며, 정치는 정부기관의 의사결정에 대한 것만은 아니라고 이야기한다(Leftwich & Held, 1984). 공통적으로 정치는 사회의 의사결정에 대한 것이며, 자원의 분배에 대한 것이며, 사회 구성원들이 이에 영향을 미치고자 하는 행위라는 점을 포함하고 있다.

정치참여는 행위의 종류에 따라, 참여 행태의 적극성에 따라, 권한의 크기에 따라, 주체성에 따라 각각 분류할 수 있다. 행위의 종류에 따라서는 크게 두 가지로 분류한 연구자들과 4가지 이상으로 분류한 연구자들이 있다. Barnes et al. (1979)에서는 정치참여를 관습적 참여와 비관습적 참여로 분류하였다. 투표, 토론, 집회참석, 정치인 접촉 등을 관습적 참

여에 포함하였고, 서명운동, 공과금 납부거부, 시위, 점거, 기물파손, 구타행위 등을 비관습적 참여에 포함하였다. (Barnes et al., 1979). Mullar(1982)는 민주적 참여와 공격적 참여로 분류하였고, 민주적 참여는 관습적 참여와 비관습적 참여로 분류하였다. 민주적 참여는 민주적 사회에서 정치권력에 영향을 줄 수 있는 합법적인 참여를 말하는데, 투표, 선거운동, 정치인 접촉, 지역사회 활동 등을 관습적 참여에 포함시켰고, 청원, 보이콧, 시위 등을 비관습적 참여에 포함시켰다. 공격적 참여는 불법적 참여를 말하는데, 시민불복종과 정치적 폭력 등으로 다시 나눌 수 있다. Verba, Nie & Kim(1987)은 정치참여를 투표, 정치인 접촉, 캠페인, 공동행동, 네 가지로 분류하였으며(Verba et al., 1987), Milbrath & Goel(1977)은 투표, 정치인 접촉, 캠페인, 공동행동, 시위, 다섯 가지로 분류하였다(Milbrath & Goel, 1977). 공통적으로 투표, 정치인 접촉, 시위 등을 포함하고 있는 것을 알 수 있으며, 제도적/관습적 참여에는 투표나 정치인 접촉 등 정부가 주도하는 영역에의 참여가 주로 포함되어 있고 비제도적/비관습적 참여에는 시위, 보이콧 등 시민 주도의 참여가 주로 포함되어 있다.

Milbrath & Goel(1977)은 참여 행태의 적극성에 따라서 무관심형, 관객형, 투사형으로 분류하였다. 무관심형은 정치에 관심을 두지 않는 사람들이며, Milbrath & Goel(1977)의 연구에서 미국을 대상으로 했을 때 인구의 1/3 정도가 이에 속했다. 관객형은 투표참여 등의 소극적인 정치참여를 한다. 투사형은 가장 수가 적으면서 가장 적극적으로 정치참여를 한다(Milbrath & Goel, 1977).

Arnstein(1969)는 참여를 “시민 권력” 이라고 하였으며, 가지지 못한 사람들이 정보공유, 자원배분, 정책 등을 둘러싼 의사결정 과정에 참여하기 위한 과정이라고 이야기하였다. Arnstein은 참여를 권한의 단계별로 8 단계로 구분 지었다. 조작(manipulation)과 치료(therapy)를 ‘비참여(nonparticipation)’ 로 분류하였고, 정보공유(informing), 자문(consultation), 회유(placation) 는 ‘형식적 참여(tokenism)’ 로 분류하였으며, 파트너십(partnership), 권한 위임(delegated power), 시민통제(citizen control)은 ‘시민 권력(citizen power)’ 으로 분류하였다(Arnstein, 1969).

그 외에도 주도하는 주체에 따라 엘리트주도형 참여와 시민주도형 참여로(Inglehart, 1990), 또한 동원적 참여와 자발적 참여로 분류할 수 있으며(김옥, 2005), 참여의 비용과 편익을 기준으로 쉬운 참여와 어려운 참여로 분류할 수 있다(김옥 & 김영태, 2006). 또한 의사결정으로서의 정치참여와 요구로서의 정치참여로 구분할 수도 있다. 소규모 지역사회에서는 구성원들이 의사결정에 직접 참여하는 것이 활발하다. 그러나 집단의 규모가 커질수록 모든 구성원이 의사결정에 직접 참여하기 어렵고 의견을 모으는 과정에서도 비용이 많이 들기 때문에 대표자를 선출하는 행위 정도만 일어난다. 투표참여는 누구나 쉽게 참여할 수 있는 의사결정으로서의 정치참여 행위이지만 대규모의 사회들에서 개별 구성원의 영향력은 미미하다. 요구로서의 정치참여는 주로 대의민주주의 체제가 확립되어 있는 대규모의 사회에서 일어난다. 무언가를 요구하기 위하여 정치인을 직접 접촉하거나 시위, 또는 집단행동을 하는 등의 행위가 이에 속한다고 할 수 있다(Ross, 1998). 한편, 집중적(intensive) 참여와 확장적(extensive)

참여로 구분할 수도 있는데, 집중적 참여는 참여자들이 많은 시간과 돈과 다른 자원을 들여야 하는 참여를 말하고, 확장적 참여는 많은 사람들이 참여할 수 있는 참여인데, 요구사항이 정책에 잘 반영되기 위해서는 확장적 참여가 필요하다(Nagel, 1987). 엘리트주도형/동원적/쉬운 참여/의사결정으로서의 참여에는 투표참여가 포함되었으며, 비용이 낮다는 공통점이 있다. 시민주도형/자발적/어려운 참여/요구로서의 참여에는 시위, 청원, 파업, 보이콧 등이 포함되며, 비용이 높다는 공통점이 있다.

이처럼 정치참여에 대한 정의도 학자들에 따라 다양하고, 분류도 기준에 따라 다양하다. 본 연구에서는 가장 포괄적인 Conge(1988)의 정의에 따라 정치참여를 “국가적 또는 지역 단위에서 사회 구조, 당국, 공공재의 분배와 관련된 의사결정을 지지하거나 반대하는 개인적 혹은 집합적 행동”으로 정의하고자 한다(Conge, 1988). 또한 이상의 분류를 종합적으로 고려해보면 크게 투표참여를 하나의 참여형태로 분류할 수 있고, 시위, 파업, 청원, 보이콧 등을 또 하나의 참여형태로 분류할 수 있다. 투표참여의 특성은 제도적 참여이고, 정부주도 참여이며, 참여에 비용이 적게 들어서 많은 사람들이 참여하기 쉽지만, 참여하는 개개인이 영향력은 미미하다. 시위, 파업, 청원, 보이콧 등의 참여형태의 특성은 비제도적 참여이고, 시민주도 참여이며, 참여에 비용이 많이 들고 참여하는 사람의 수는 투표참여에 비해 적지만, 정치적 효과는 크다. 본 연구에서는 투표참여를 제도적 참여로, 시위, 파업, 청원, 보이콧 등의 참여를 비제도적 참여로 분류하고자 한다.

3. 정치참여와 건강

제도적 정치참여와 건강의 관계를 보면, <그림 1>에서 제시한 Navarro et al. (2006)에서 볼 수 있듯 투표참여는 정권의 정치적 성향과 정책 방향에 영향을 미침으로써 건강 결과에 영향을 미친다. Fujiwara(2015), Islam et al.(2008), Islam et al.(2006), Sundquist et al.(2006)의 연구에서도 모두 투표율이 높은 공동체에서 각각 저체중아 출생률이 낮고, 사망률이 낮으며, 삶의 질이 좋고, 심혈관질환 발생률이 낮아진다고 보고하였다(Fujiwara, 2015; Islam, Gerdtham, Gullberg, Lindström, & Merlo, 2008; Islam et al., 2006; Sundquist, Johansson, Yang, & Sundquist, 2006).

비제도적 정치참여와 건강과의 관계에 관한 기존 연구들은 다음과 같다. Kim & Kawachi(2006)의 연구에서는 비제도적 정치참여를 많이 하는 개인들의 건강이 나쁘다고 보고하였고(Kim & Kawachi, 2006), Poortinga(2012)의 연구에서도 시위, 청원, 파업 등의 정치활동은 개인의 건강과 부정적인 관계가 있다고 보고하였다(Poortinga, 2012). 비제도적 정치참여는 참여하는 개인들의 건강과는 부정적인 관계가 있다고 나타났지만, 집단 수준에서의 건강과의 관계에 대해서는 알 수 없다. 한편, 비제도적 정치참여가 활발한 사회는 정치인을 통하지 않고서도 시민들의 의사표현이 활발하다는 것을 의미하고, 다양한 방식의 정치적 의사표현은 의사결정을 하는 정치대표자들에게 정보를 제공하며 정치적 압박을 행사함으로써 사회에 영향을 미친다. 또한 비제도적 정치참여는 정치적 운동의 수단으로 활용되기도 하는데, 운동은 정책에 영향을 미치는 것을 목적으로 하기도 하지만,

사회의 근본적인 변화를 목적으로 하기도 한다(Ross, 1998). 사회 구성원들의 삶이 더 좋아지는 방향으로의 사회변화는 구성원들의 건강에 긍정적으로 작용한다.

제 2절 여성의 건강

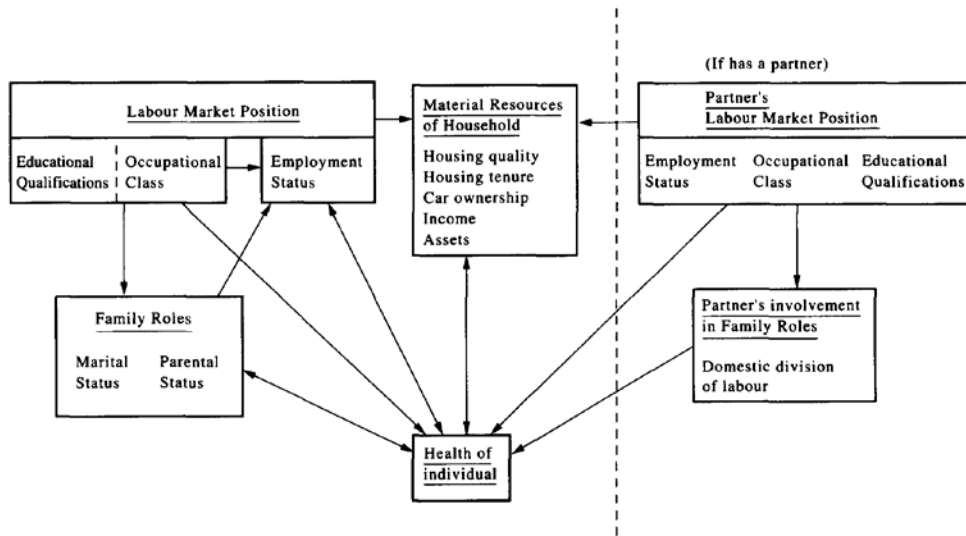
1. 여성건강의 사회적 결정요인

젠더(gender)는 생물학적 성별(sex)와는 구별되는 개념으로서 사회적 성별을 의미한다. 젠더는 사회 계층화 요인으로서 작용하며 건강의 사회적 결정요인 중 하나가 된다(Sen, Ostlin, et al., 2007). 일반적으로 여성의 수명은 남성에 비해 길지만 상병경험은 여성에게 더 빈번하며, 남성에게 더 치명적인 손상이 많고, 여성에게 덜 치명적인 손상이 많다. 한국의 2015년 출생 시 기대여명은 82.1세, 여성 85.2세, 남성 79세으로 여성의 기대여명이 더 길다(통계청, 2015). 그러나 자가평가 건강수준, 삶의 질, 활동제한 등으로 측정할 수 있는 주관적 건강수준 지표는 모두가 여성이 더 나쁘다(김남순 & 박은자, 2013). 이런 현상을 젠더 패러독스(Gender Paradox)라고 한다. 여성이 사회경제적으로 불리한 위치에 있음에도 여성이 더 건강한 것처럼 보인다는 것이다. 여기에는 생물학적 요인이 작동한다는 것이 널리 알려져 있다.

이런 측면들로 인해, 건강에서 젠더를 고려할 때는 건강 결과를 중심으로 생각하기보다는 건강 잠재력 측면에서 접근해야 한다. 건강 잠재력(health capability)이란 사람들이 최적의 환경에서 성취할 수 있는 건강 능력이라고 할 수 있다. 여성이 가진 생물학적 이점에도 불구하고 젠더 불평등으로 인해 여성의 건강 잠재력에 손상을 생긴다는 측면에서 젠더 불평등의 건강 영향을 바라봐야 한다.

Arber(1997)은 1990년대 영국의 자료를 통해 여성과 남성의 건강 사이에 불평등이 있다는 것을 밝혔는데, 아래 <그림 3>는 Arber가 제시한 여

성의 건강에 영향을 미치는 요인에 대한 모형이다.



<그림 3. 여성의 건강에 영향을 미치는 요인 모형>(Arber, 1997)

Arber에 따르면 직업과 고용상태는 만성질환과 관련되어 있는 중요한 구조적 요인이지만, 교육은 여성의 긍정적인 자가평가 건강에 대한 예측 지표가 된다. 또한 임금노동을 하지 않는 여성에게서 계급 간 불평등은 잘 드러나지 않았다. 여성의 만성질환은 노동시장 특성과만 관련되어 있는 반면, 여성의 자가평가 건강은 여성의 일상생활과 관련되어 있었다. 특히 기혼 여성의 자가평가 건강은 배우자의 직업과 노동상태와 관련이 있었다. 남성의 실업은 가정 내의 물질적 조건을 악화시킴으로써 여성 배우자의 건강을 악화시켰다(Arber, 1997).

Moss(2002)는 여성의 건강에 영향을 미치는 요인을 거시적인 요인부터 미시적인 요인까지 다양한 층위에서 제시하였는데, Moss가 제시한 여성 건강의 결정요인은 <그림 4>와 같다.

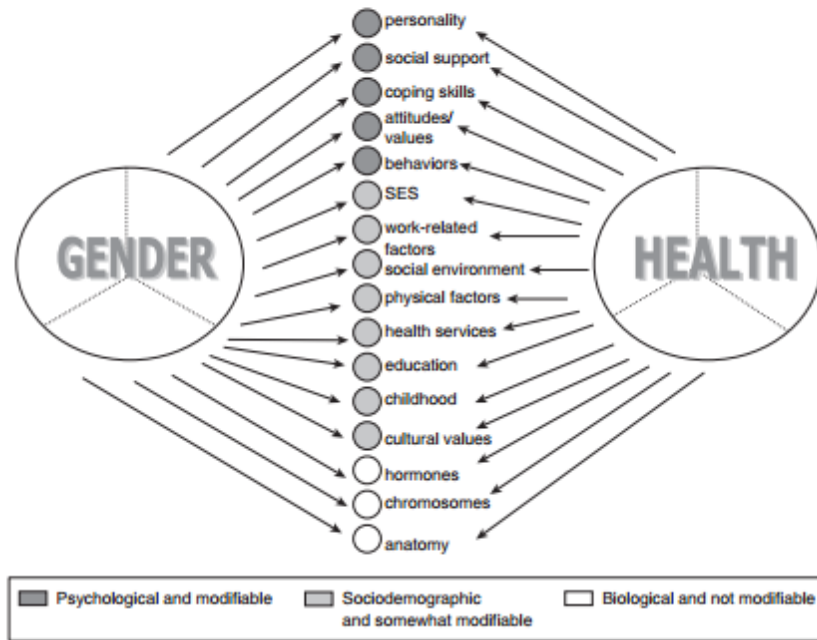
<u>Geopolitical Environment</u>	<u>Culture, Norms, Sanctions</u>	<u>Women's Roles In Reproduction & Production</u>	<u>Health-Related Mediators</u>	<u>Health Outcomes</u>
Geography Policy & Services: Transportation Welfare Employment Health care Child care Legal rights: Women's Health Human Employment Organizations: Banks Credit coops Political parties Advocacy Unions Economic: Policy Extent of Inequality	Discrimination: Ethnic Gender Age Sociodemographic Characteristics: Age Gender Ethnicity Birthplace Education Marital status Language	Household: Structure Div of labor Ownership/property Support/caretaking Equality of access to Household resources, e.g: Wages Other income Land Other assets Community roles Labor market role Workplace: Sector: Formal Home/market-based Hierarchies, control, Authority, discretion, Sex segregation/ discrimination	Social capital/ Social networks/ Support: Friendship Family Work mates Other ties Psychosocial: Stress Mood Coping Spirituality Health services: Availability/use Behaviors: Sexual Substance use Physical activity Diet Contraception Breastfeeding Smoking, drinking Violence	Chronic Disease Infectious Disease Disability Functioning Mortality Mental health/ illness

<그림 4. 여성의 건강에 영향을 미치는 요인에 대한 포괄적 개념틀>(Moss, 2002)

Moss(2002)의 개념틀에 따르면 지정학적 환경, 문화, 규범, 제재, 재생산과 생산 영역에서 여성의 역할, 건강관련 매개요인, 건강결과 등이 여성의 건강에 영향을 미친다. 지정학적 환경은 국가수준의 영향요인인데, 국가별 역사와 지리, 정책과 서비스, 법적 권리, 조직과 제도, 그리고 경제적 불평등과 젠더불평등을 결정짓는 구조들이 포함된다. 국가와 지역사회 수준의 문화, 규범, 제재와 개인 수준에서의 사회인구학적 특성들은 가정과 일터에서 여성의 생산과 재생산 역할에 영향을 미친다. 사회자본, 역할, 사회심리적 스트레스와 자원, 보건의료서비스 및 행동은 사회경제 및 문화적 요인이 건강결과에 미치는 효과를 매개한다. 가정 내의 불평등은 여성의 건강에 있어서의 일정한 경향성을 만들어낸다. 또한 여성들의

생애주기와 특정 시기의 경험에 따라서도 여성의 건강은 달라질 수 있다 (Moss, 2002).

Davidson, Trudeau, Roosmalen, Stewart & Kirkland(2006)은 건강결정요인으로서의 젠더를 제시하는 한편, 젠더를 구성하는 요인들을 같이 제시했다. Davidson et el. (2006)은 젠더 또한 생물학적, 심리학적 요인들에 의해 영향을 받기 때문에 젠더의 건강영향요인을 고려할 때는 젠더를 구성하는 요인을 같이 이해해야 한다고 하였다. 그 요인들은 <그림 5.>와 같이 제시하고 있으며, 심리적이고 수정 가능한 요인, 사회인구학적이고 일부 수정 가능한 요인, 생물학적이고 수정 불가능한 요인으로 나누어서 제시하고 있다. Davidson et el.(2006)은 또한 젠더는 개입을 통해 수정 가능한 요인들을 포함해서 구성되는 요인이며, 따라서 이런 요인들이 고려되어야 한다고 주장한다(Davidson, Trudeau, Roosmalen, Stewart, & Kirkland, 2006).



<그림 5. 젠더와 건강 모형>(Davidson et al., 2006)

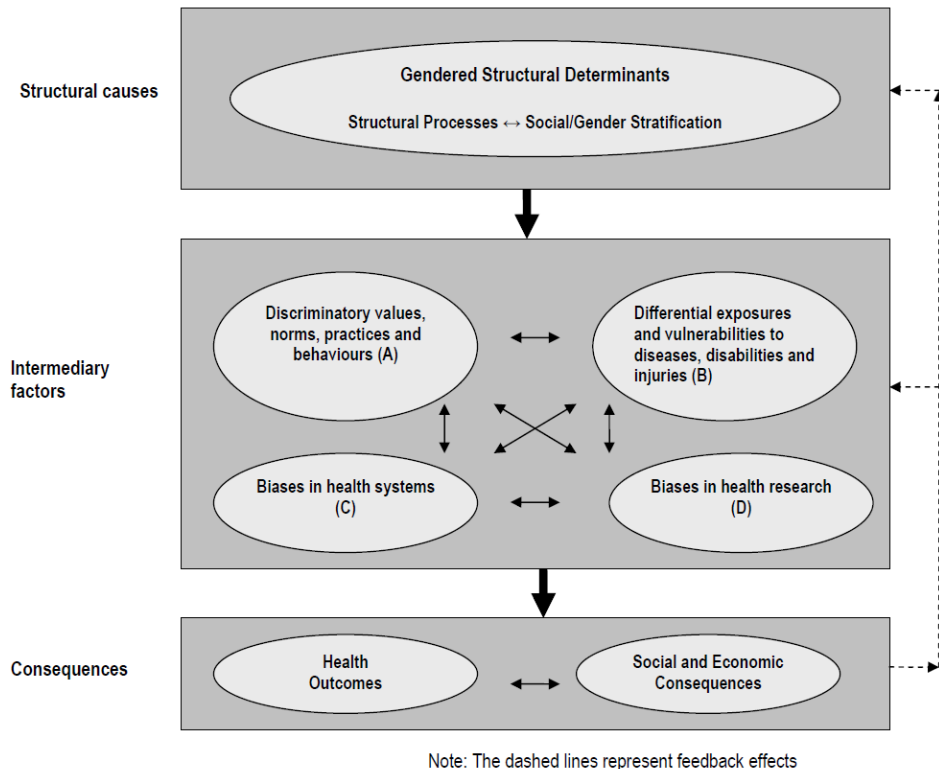
2. 젠더불평등과 여성건강

젠더 불평등은 젠더를 둘러싸고 발생하는 불평등을 일컬으며, 특히 여성에 대한 차별을 의미한다. 젠더불평등은 여성의 건강을 둘러싼 사회적 결정요인들에 작용하여 여성의 건강에 악영향을 미친다. WHO의 Commission on Social Determinants of Health(CSDH)의 Gender Equity Knowledge Network(GEKN)의 보고서에서도 이를 지적한 바 있다. GEKN은 젠더 불평등이 여성의 건강뿐 아니라 남성의 건강에도 악영향을 미친다고 하였는데, 남성이 더 많은 자원, 권력, 권위, 통제를 가지지만 여기에는 대가가 따른다는 것이다. 이는 남성의 정서적, 심리적 건강을 해칠 뿐 아니라, 남성이 더 위험하고 불건강한 건강행동을 하게 되고, 이는 수명 감소로 이

어진다(Sen, Ostlin, et al., 2007).

비록 젠더 불평등이 심한 사회에서 남성이 더 위험한 환경에 노출되고, 이는 남성의 짧은 수명과 남성이 더 치명적인 질환에 이환 되는 경향성과 관련이 있지만, 억압의 대상이 되는 여성들도 차별과 억압으로 인한 건강 문제를 겪는다. 사회구조적인 요인을 통해서 나타나는 건강 잠재력의 손상 이외에도, 여성의 정신건강을 악화시킨다. 젠더 불평등 자체도 여성의 정신건강에 영향을 미치지만, 여성에 대한 폭력은 정신건강 뿐 아니라 외상 등으로 인해 신체적 건강도 직접적으로 손상시킨다(이나영 & 허민숙, 2014)

WHO의 GEKN 보고서에서는 <그림 6.>와 같이 건강의 사회적 결정요인으로서의 젠더의 역할을 제시하였다. 이에 따르면 구조적 원인으로 젠더화된 구조적 요인이 있고, 이 구조적 요인은 (1)차별적 가치, 규범, 실천, 행동; (2) 질병, 장애, 상해에 대한 노출과 취약성이 다름; (3) 보건의료 시스템에서의 편견; (4) 건강 연구에서의 편견;등의 매개요인을 통해서 사회경제적 결과와 건강 결과에 영향을 미친다(Sen, Östlin, et al., 2007).



<그림 6. 건강의 사회적 결정요인으로서의 젠더의 역할에 대한 개념틀>(Sen, Östlin, et al., 2007)

여성은 인구의 절반을 차지함에도 불구하고 젠더 불평등으로 인하여 건강 잠재력에 손상 받아왔다. 젠더 불평등은 여성의 건강뿐 아니라 남성의 건강에도 남성이 더 위험한 환경에 노출되게 함으로써 부정적인 효과를 지닌다. 여성에게는 남성과는 또 다른 요인들이 건강에 영향을 미친다. 재생산에 대한 부담은 여성에게 짊어지어져 있고 또한 가정 내에서도 여성에게 투입되는 자원은 남성에 비해 적다. 여성은 생산 영역과 재생산 영역에서 모두 일함으로써 이중 부담을 지게 되며, 이는 또한 여성 건강에 부정적으로 작용한다. 여성은 상병경험이 더 빈번함에도 불구하고 치명적

인 질병에 덜 걸린다는 이유로 여성이 주로 겪는 건강 문제는 보건의료 영역에서도 주목 받지 못했다. 여성에게는 배우자의 사회경제적 지위가 미치는 영향도 남성에 비해 크다. 특히 가부장적 문화가 강할수록 여성은 남성에게 종속된 존재로 인식되고, 남성배우자의 사회경제적 지위가 여성의 건강에 영향을 미친다(Arber, 1997; Moss, 2002; Sen, Östlin, et al., 2007).

제 3절 여성의 정치참여와 건강

1. 여성의 정치참여

여성은 기존 정치로부터 배제되어 왔다. 대부분의 사회에서 여성이 남성에게 비해 정치참여를 덜 하는 것은 여성이 가족에 대해 남성보다 더 많은 책임을 지기 때문이며, 또한 여성은 정치에 참여하지 않도록 사회화되어 왔기 때문이다.

Welch(1977)은 미국의 여성들이 남성보다 정치참여를 덜 하는 현상에 대한 원인으로 정치적 사회화 과정 및 여성의 가족에 대한 책임감을 지적한다. 또한 이 두 가지 요인을 통제하였을 때 남성과 여성 사이에 참여수준은 유의한 차이가 없었다(Welch, 1977). Chibber(2002)는 인도에서 여성의 정치참여에 대해 연구했는데, 인도의 여성들은 투표에는 공평하게 참여하지만 입법부에서는 거의 대표되지 못한다. 그 이유로 Chibber(2002)는 여성들이 가정에 많이 얽매어 있기 때문이라고 지적한다. 가정에 대한 책임으로부터 자유로운 여성의 정치참여가 더 활발하다는 것이다(Chhibber, 2002).

Bari(2005)는 여성의 정치참여를 방해하는 요인으로 1) 사회적/정치적 요인; 2) 정치적 구조 및 제도; 3) 사회문화적 및 기능적 제한; 을 지적한다. 사회적/정치적 요인으로는 가부장제를 지적하는 한편, 정치적 구조 및 제도 요인으로 공공과 가정을 분리하고 사적인 영역을 비정치적인 것으로 여기는 특성이 여성을 정치에서 배제시켰다고 한다. 또한 기존 정치구조의 남성중심성 및 사회 전체의 민주주의 수준도 여성의 정치참여에 영향을 미쳤다고 하였다. 사회문화적 요인으로는 성 역할 인식을 주요 요인으로 꼽았다. 여성을 남성에게 종속된 존재로

여기는 문화와 여성이 생산과 재생산의 영역 모두에서 노동을 하기 때문에 이중부담을 지고 있다는 점도 함께 거론하였다. 경제적 요인도 언급하였는데, 여성은 생산적 자원에 대한 접근권과 소유권이 없기 때문에 정치참여를 하는 데 드는 비용을 감당하기 어렵다고 하였으며, 사회자본 요인으로 여성은 공동체에서 리더 역할을 맡는 경우가 드물며, 정치적 기술, 경제적 자원, 교육, 훈련, 정보에 대한 접근 등의 사회자본을 남성에 비해 여성이 가지기가 어렵다고 하였다. Bari(2005)는 여성의 정치참여를 위한 전략으로 성별할당과 여성 정치인 네트워크, 그리고 정치에 여성의 참여가 가능하게 하는 환경이 필요하다고 하였다(Bari, 2005).

Jennings(1983)은 성인들의 정치참여에서의 성별 불평등이 아동청소년을 사회화시켜서, 아동청소년들이 성인이 되었을 때에도 정치참여에서의 남성 우위를 만들어낸다고 하였다(Jennings, 1983). Hills(1983)은 여성이 임신과 출산을 겪으면서 가족의 요구와 태도에 따른 시간제한에 따라 여성의 정치참여가 달라진다고 하였다(Hills, 1983).

한편, 여성의 정치참여는 남성의 정치참여와 양상이 다소 다르다. Acharya & Bennett(1983)의 연구에서는 여성은 제도권보다 비제도권에서 참여가 더 활발하다고 하였으며(Acharya & Bennett, 1983), 또한 Jones-Correa(1998)의 연구에서도 기존의 이민자단체보다는 새로운 이민자단체에서 활동하며 기존 이민자단체와 다른 역할을 한다(Jones-Correa, 1998). Lapidus(1975)의 연구에서는 남성은 국가수준에 대해 관심이 큰 반면 여성의 정치참여는 지역에서 더 활발하다고 하였다(Lapidus, 1975), Blay & Soeiro(1979)의 연구에서는 1972-1976 기간동안 브라질에서 가장 가난하고, 가장 산업화가 안 되었고, 가장 도시화가 덜 진행된 곳에서 여성 시장들이 당선되었던 현상을

분석하였는데, 여성의 출신 계층과 교육수준이 영향을 미쳤다고 하였고, 또한 작은 도시들이 중요하지 않게 여겨졌던 시대적 배경과 가난으로 인한 남성의 이주 등이 영향을 미쳤다고 하였다. Blay & Soeiro(1979)는 지방 소도시들에서 시장으로 당선되는 것의 중요성이 부각된다면 여성이 배제될 수 있다고 우려한다(Blay & Soeiro, 1979).

이상을 종합해보았을 때, 여성의 정치참여는 사회구조적인 요인으로 인해서 제약 받고 있다는 사실을 알 수 있으며, 여성은 남성중심적인 정치참여 공간에서는 참여도가 낮으며, 기존과는 다른 형태의 정치참여를 하거나 혹은 남성이 중요시하지 않는 곳에서의 정치참여가 더 활발하다는 것을 알 수 있다.

2. 여성의 정치참여와 건강

여성의 정치참여는 제도적 변화를 통해서, 그리고 여성들 개개인의 변화를 통해서 건강에 영향을 미친다. 여성의 정치참여와 여성의 건강 사이의 관계에 대한 연구는 거의 없는데, Gleason(2001)의 연구에서는 인도에서 여성의 투표참여와 건강의 관계를 탐구하였다. 이 연구에 따르면, 소득, 교육수준, 선거구의 문화, 노동참여, 가족에 대한 의무 등이 여성의 참여에 영향을 미친다고 하였으며, 또한 교육과 건강에 투자하는 정부자원이 부족한 것 또한 참여에 영향을 미친다고 하였다. 여성이 입법부에서 대표되기 위해서는 정치에서 여성의 역할이 역사적으로 받아들여져야 한다고 지적하였다. 여성의 투표참여는 국가 수준에서의 아동사망률을 비롯한 건강 결과에는 영향이 없었다는 결과가 나왔는데, Gleason(2001)은 여성의 정치참여가 건강에 미치는 영향이 없다는 결론으로 귀결되지 않아야 한다

고 하였다(Gleason, 2001).

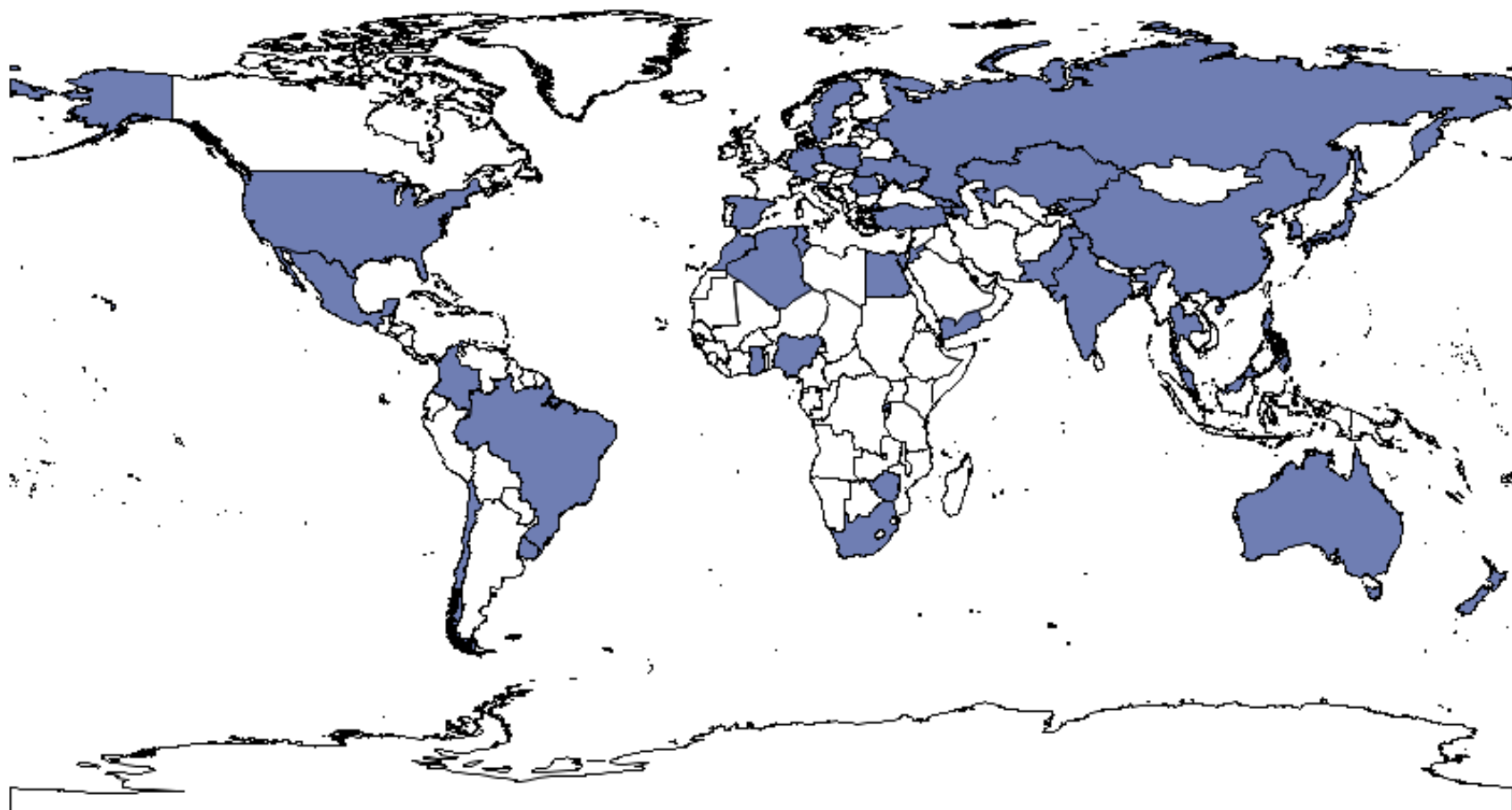
Hutchinson & Wexler(2007)은 노인 여성의 정치참여와 건강에 대해 연구했는데, 노인 여성의 정치참여는 역능화를 통해서 건강과 안녕에 기여한다고 하였다. 또한 노인 여성은 참여를 통해서 스스로의 삶에 영향을 미치는 문제에 대해 영향력을 행사하고, 이를 통해 건강하게 늙어가기 위한 정책 및 실천에 영향을 미침으로써 건강에 기여한다고 하였다(Hutchinson & Wexler, 2007).

여성의 정치참여와 건강에 대한 연구는 적지만, 여성의 정치참여는 여성의 정치적 대표성을 강화함으로써, 또한 여성의 이해관계를 대변함으로써 정책과 제도에 영향을 미치고, 또한 여성들의 역능화를 통해 삶에 대한 통제력을 행사하고 자아존중감이 높아짐으로써 건강에 기여한다는 것을 알 수 있다. 또한 미국, 캐나다, 영국 등 국가들에서 있었던 여성건강운동의 결과로 여성건강에 대한 정책적 지원이 증가하는 것을 보면 여성의 정치참여의 영향을 무시할 수 없다(정인경, 2014).

제 3장 연구 방법

제 1절 연구 대상

데이터는 세계가치관조사(World Value Survey) wave 6을 사용하였다. 세계가치관조사는 인간의 신념과 가치관에 대한 조사로써, 매 5년마다 시행하며 거의 100개국을 대상으로, 400,000명 이상의 응답자를 대상으로 조사를 수행한다. Wave 6 조사는 2010년에서 2014년 사이에 수행된 조사로서 57개국, 85,000명을 대상으로 하였다. 본 연구에서는 참여, 주관적 성역할 인식, 주관적 건강수준 등의 변수가 포함되었고, 여성의 응답만을 포함한 46개국, 29025명을 대상으로 한 데이터를 바탕으로 하였다. <그림 7>에 연구 대상에 포함된 국가를 제시하였다.



<그림 7. 연구대상 국가(46개국)>

제 2절 변수의 정의

1. 독립변수

(1) 제도적 정치참여

제도적 정치참여는 투표참여에 대한 변수를 사용하였다. 국가단위 선거와 지역단위 선거를 나누어서 보았다. 질문은 “선거가 열릴 때, 당신은 항상, 혹은 가끔 투표하십니까? 투표를 안 하십니까?” 이고, 이에 대한 응답은 “항상”, “가끔”, “안 한다” 세 가지였다. “안 한다”를 1로 두고 “항상”을 3으로 점수화하였다. 국가단위 투표참여여부와 지역단위 투표참여여부의 점수를 합산하여 개인 수준의 투표참여변수는 이를 중심화하여 사용하였고, 국가수준의 투표참여변수는 합산한 점수를 국가별로 합산 평균하여 사용하였다.

(2) 비제도적 정치참여

비제도적 정치참여는 청원, 불매운동, 평화시위, 파업, 그 외 항의/반대 행동의 참여 여부 등 다섯 가지의 행위에 대한 변수를 사용하였다. 각 행위에 대하여 “했다”, “아마 할 것이다”, “절대 안 할 것이다” 세 가지로 응답으로 구성되었다. “절대 안 할 것이다”를 1로 두고 “했다”를 3으로 점수화하였다. 다섯 변수의 점수를 합산하여 개인 수준의 비제도적 정치참여변수는 이를 중심화하여 사용하였고, 국가수준의 비제도적 정치참여변수는 합산한 점수를 국가별로 합산 평균하여 사용하였다.

2. 종속변수

종속변수는 건강에 대한 지표로 주관적 건강수준을 사용하였다. 주관적 건강수준은 전반적인 건강상태를 나타낼 수 있는 지표로 간주된다. 특히, 주관적 건강수준을 평가하는 것이 생존과 관련된 건강결과를 예측하는 데 강력하다는 근거가 있다(Benyamini & Idler, 1999; Idler & Benyamini, 1997). 세계가치관조사 wave 6에서는 주관적 건강상태를 “요즘 당신의 건강상태는 어떻습니까?” 라고 질문하였고, “매우 좋음”, “좋음”, “그저 그림”, “나쁨” 4개 척도로 응답하게 하였으며, 점수는 1~4로 구성되었다. 이를 “매우 좋음” 과 “좋음” 은 1로, “그저 그림” 과 “나쁨” 은 0으로 범주화하여 사용하였다.

3. 그 외 국가수준 변수

(1) 객관적 건강

주관적 건강에 영향을 미치는 요인으로 국가수준의 객관적 건강을 보정하기 위하여 여성의 기대여명, 영아사망률, 모성사망률을 지표로 사용하였다. 여성의 기대여명, 영아사망률, 모성사망률 모두 WHO의 자료를 바탕으로 하였으며, 각 국가별로 조사수행 년도의 자료를 사용하였다.

(2) 젠더불평등

젠더불평등이 여성의 정치참여 및 여성의 건강에 미치는 영향을 보정하기 위하여 객관적 지표로 국가별 성격차지수(Gender Gap Index, GGI)와 주

관적 지표로 주관적 성역할인식을 사용하였다. 세계경제포럼이 2006년부터 해마다 발간하는 젠더 격차 보고서를 통해서 젠더 불평등을 측정하는 지표로서, 경제적 참여와 기회, 교육적 성취, 건강과 생존, 정치적 권한 등 네 가지 분야에 대해서 상대적 성별 격차를 측정한다. 경제적 참여와 기회 영역에서는 노동참여율에서의 성별 격차, 동일노동에서의 임금격차, 노동소득격차, 고위직 간부의 성비, 숙련노동자의 성비를 측정한다. 교육적 성취 영역에서는 문해력에서의 성별 격차, 초등, 중고등, 대학 교육에서의 성별 격차를 측정한다. 건강과 생존 영역에서는 출생 시 성비, 건강수명 격차를 측정한다. 정치적 권한 영역에서는 국회의원 중 여성 비율, 장관 중 여성 비율, 최근 50년간 선출직 정부 대표자 중 여성 비율을 측정한다. GGI는 각 국가별 조사수행 년도의 자료를 사용하는 것을 원칙으로 하였으나, 해당 년도의 데이터가 없는 경우 가장 가까운 년도의 자료를 사용하였다.

주관적 성역할 인식은 세계가치관조사 6차자료에서 성역할에 대한 인식을 묻는 8개의 질문에 대한 응답을 사용하였다. 노동과 경제적 측면의 성역할에 대한 3개의 문항에서는 “다음의 진술에 동의하십니까, 동의하지 않으십니까, 동의하지도 동의하지 않지도 않으십니까”라는 질문에 대하여 제시된 진술 중 “일자리가 부족할 때 일자리를 가질 권리를 여성보다 남성이 더 많이 가져야 한다”, “여성이 남편보다 돈을 더 많이 벌 때 문제를 야기할 것이 거의 확실하다”, “여성에게 있어서 직업을 가지는 것은 독립적인 개인이 되기 위한 가장 좋은 길이다” 세 가지 진술에 대하여 “동의한다”, “어느 것도 아니다”, “동의하지 않는다” 세 가지로 응답을 받았고 각각 1~3의 점수로 구성되었다.

또한 가정과 사회에서의 성역할에 대한 5개의 문항에서는 “다음의 각 진술에 대하여 얼마나 강하게 동의하거나 동의하지 않는지 알려주세요. 강하게 동의하십니까, 동의하십니까, 동의하지 않으십니까, 혹은 강하게 동의하지 않으십니까?” 라는 질문에 대하여 제시된 진술 중 “만약 엄마가 돈을 벌기 위해 일하면 자녀들은 고통 받는다”, “일반적으로, 남성이 여성보다 더 나은 정치지도자가 된다”, “대학교육은 여성보다 남성에게 더 중요하다”, “일반적으로 남성이 여성보다 더 나은 기업 간부가 된다”, “전업주부가 되는 것은 돈을 벌기 위해 일하는 것만큼 성취감을 준다” 다섯 가지 진술에 대하여 “강하게 동의한다”, “동의한다”, “동의하지 않는다”, “강하게 동의하지 않는다” 네 가지로 응답을 받았고 각각 1~4의 점수로 구성되었다.

척도와 문항의 성격이 다소 다르므로, 노동과 경제적 측면에서의 성역할에 대한 질문의 응답에 대한 점수를 하나로 합산하였고, 가정과 사회에서의 성역할에 대한 질문의 응답 점수를 방향을 보정한 후 또 하나로 합산하였다. 각 국가의 주관적 성역할 인식수준을 반영하는 변수로 사용하기 위하여 노동과 경제적 측면에서의 성역할 점수와 가정과 사회에서의 성역할 점수를 각각 국가별로 합산 평균하여 국가수준의 변수로 사용하였다.

(3) 국가 총 소득

국가의 소득수준이 참여와 건강에 미치는 영향을 보정하기 위하여 국가총 소득 자료는 세계은행에서 제공하는 Gross National Income per

capita(GNIpc, PPP, international \$)의 각 국가별 설문시행 년도 자료를 사용하였다.

(4) 국가 총 의료비지출

국가의 일반적 보건의료 수준을 보정하기 위하여 국가총의료비지출은 WHO에서 제공하는 per capita health expenditure(PPP, international \$)의 각 국가별 설문시행 년도 자료를 사용하였다.

(5) 민주주의 지표

민주주의 수준이 참여의 수준에 미치는 영향을 보정하기 위하여 민주주의 수준을 나타내는 지표로 프리덤하우스에서 발표하는 세계자유지수(Freedom House Index)의 각 국가별 설문시행 년도 자료를 사용하였다. 세계자유지수는 프리덤하우스에서 매년 발표하는데, 정치적 권리 부분과 시민자유 부분으로 나누어서 평가를 하며 1점~7점으로 구성되어 있다. 점수가 낮을수록 자유도가 높다.

4. 그 외 개인수준 변수

그 외 개인수준의 인구사회학적 변수로는 연령, 학력, 소득수준, 주관적 계층인식, 결혼여부 등의 변수를 사용하였다. 연령은 설문지에서 물어본 연령에 대한 응답을 사용하였고, 학력은 최종학력에 대한 질문에 대한 응

답을 초등교육, 중고등교육, 대학교육 이상 등 세 가지로 범주화하여 사용하였다. 소득수준은 각 국가에서 응답자의 가정이 어느 정도 수준인지에 대하여 1을 가장 낮은 집단으로, 10을 가장 높은 집단으로 놓고 1~10 중에서 응답하게 하였다. 이를 다시 상(7~10), 중(4~7), 하(1~3) 세 그룹으로 범주화하여 사용하였다. 주관적 계층인식의 경우 상위계층, 중상위계층, 중하위계층, 노동계층, 하위계층 등 5가지 선택지 중에서 응답하게 하였다. 결혼여부의 경우 결혼과 동거를 하나의 군으로, 이혼, 별거, 사별을 하나의 군으로, 그리고 독신을 하나의 군으로 범주화하였다.

표 1. 변수 표

지표		자료원	측정방법	값의 범위
독립변수				
국가수준	제도적 정치참여	World Value Survey 6 th	여성의 투표참여 여부(국가/지역)를 합산하여 국가별로 평균	2-6
	비제도적 정치참여	World Value Survey 6 th	청원, 불매운동, 평화시위, 파업, 그 외 항의/반대 행동의 참여 여부를 합산하여 국가별로 평균	1-15
	성격차지수	세계경제포럼	GGI	0-1
	주관적 성역할 인식	World Value Survey 6 th	노동과 경제적 측면의 성역할인식과 관련된 3개 질문의 응답을 합산하여 국가별로 평균	3-9
			가정과 사회에서의 성역할인식과 관련된 5개 질문의 응답을 합산하여 국가별로 평균	5-20
	여성의 기대여명	WHO	여성의 기대여명(년)	1.8-70.4

	영아사망률	WHO	영아사망률(생존아 1,000명 당 사망아 수)	2.1-78.8
	모성사망률	WHO	모성사망률(생존인원 100,000명 당 사망 수)	3-814
	국가총소득	세계은행	Gross National Income per capita(PPP, international \$)	1,490-50,700
	국가 총 의료비지출	WHO	per capita health expenditure(PPP, international \$)	115.93- 8523.83
	세계자유지수	Freedom House	정치적 권리 점수와 시민자유 점수를 합산한 세계자유지수	1-7
개인수준	제도적 정치참여	World Value Survey 6 th	투표참여 여부(국가/지역)를 합산	0-2
	비제도적 정치참여	World Value Survey 6 th	청원, 불매운동, 평화시위, 파업, 그 외 항의/반대 행동의 참여 여부를 합산	0-5
	연령	World Value Survey 6 th	설문지에서 질문한 연령	16-99
	소득	World Value Survey 6 th	해당 국가의 소득 수준을 10단계로 나누었을 때 주관적 소득 수준을 세 단계로 범주화	0-2
	교육수준	World Value Survey 6 th	국가별 9개로 범주화된 학력수준을 세 단계로 범주화	0-2

	계층	World Value Survey 6 th	해당 국가의 계층수준을 5단계로 나누었을 때 주관적 계층 인식	1-5
	결혼 상태	World Value Survey 6 th	설문지에서 질문한 결혼 여부를 세 단계로 범주화	0-2
종속변수	주관적 건강수준	World Value Survey 6 th	주관적으로 측정한 건강수준을 둘로 범주화	0-1

제 3절 분석 방법 및 모형

선행연구 고찰을 통해 설정한 연구의 가설은 다음과 같다.

국가수준에서의 여성의 정치참여도가 높을수록 개인수준에서 그 국가 여성들의 주관적 건강수준이 높아질 것이다.

1. 국가수준에서 여성의 투표참여도가 높을수록 개인수준에서 그 국가 여성들의 주관적 건강수준이 높아질 것이다.
2. 국가수준에서 여성의 비제도적 정치참여도가 높을수록 개인수준에서 그 국가 여성들의 주관적 건강수준이 높아질 것이다.

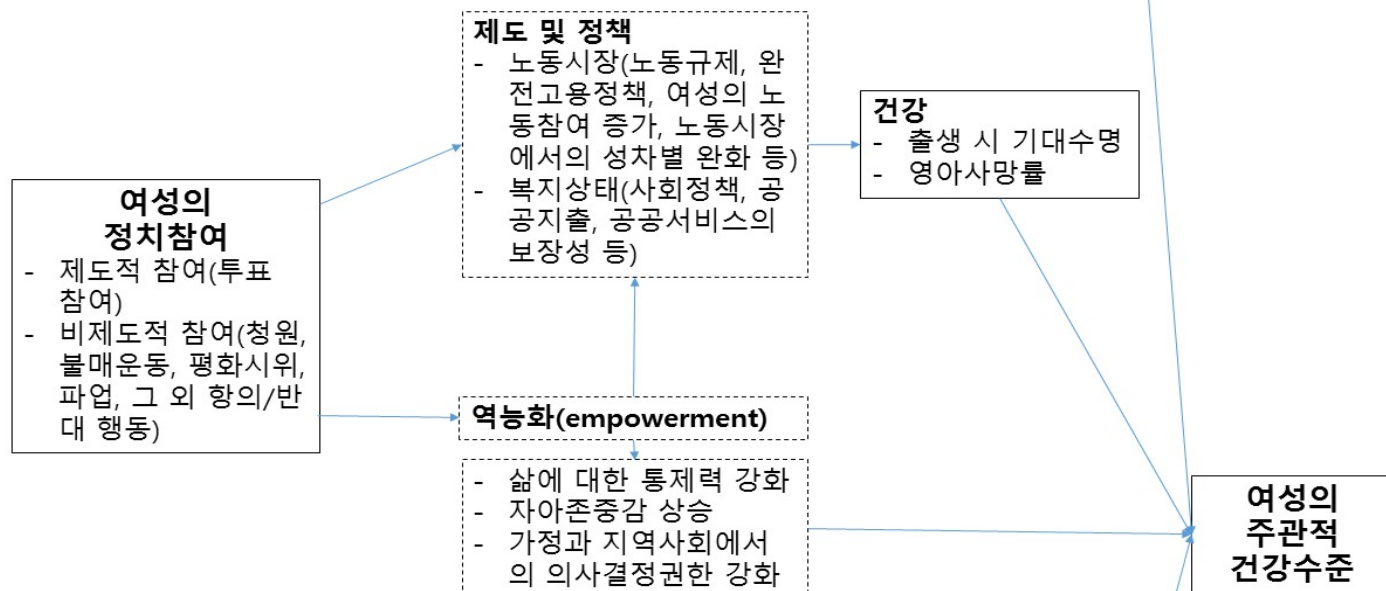
연구의 모형은 Navarro et al.(2006)의 모형을 바탕으로 하여 본 연구에 맞게 수정하였으며, 선행연구 고찰을 통하여 파악한 내용을 추가하여 보완하였다(Navarro et al., 2006). 연구의 모형은 <그림 7>과 같다. 모형상에 점선으로 표시된 요인들은 여성의 정치참여와 여성의 주관적 건강수준 사이의 경로에 있는 요인으로 선행연구 고찰을 통해 확인한 요인들이나, 측정 방법 상의 문제로 인하여 분석 모형에 포함하지는 못하였다.

일반적 특성을 확인하기 위하여 기술통계분석을 시행하였고, 일반적 특성에 따른 주관적 건강수준의 오즈비를 확인하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 하였다. 종속변수와 국가수준 및 개인수준 변수들 사이의 상관관계를

확인하기 위하여 피어슨 상관분석을 시행하였으며, 국가수준에서 여성의 정치참여가 개인수준에서 여성의 주관적 건강수준에 미치는 영향을 국가 특성 효과와 개인특성 효과를 구분하여 확인하기 위하여 다수준회귀분석 (multilevel analysis)를 시행하였다. 다수준분석은 집단에 개인이 속해 있고, 개인수준 변수에 대한 효과를 보고자 할 때, 집단수준의 효과와 개인수준의 효과를 분리해서 분석하기 위하여 사용하는 분석 방법이다. 본 연구에서도 국가수준의 효과와 개인수준의 효과를 구분하여 분석하기 위하여 다수준회귀분석을 시행하였다.

국가수준

사회구조적 요인: 국가총소득, 국가 총 의료비지출, 성격차지수, 주관적 성역할인식, 세계자유지수



개인수준

인구사회학적 요인: 연령, 학력, 소득수준, 결혼여부, 주관적 계층인식

———— 분석 모형에 포함
 - - - - - 분석 모형에 불포함

<그림 8. 이론적 모형>

국가수준

통제변수: 국가총소득, 국가 총 의료비지출, 성격차지수, 주관적 성역할인식, 세계자유지수, 여성의 기대여명, 영아사망률, 모성사망률

여성의 정치참여

국가수준

- 제도적 정치참여(투표참여)
- 비제도적 정치참여(청원, 불매운동, 평화시위, 파업, 그 외 항의/반대 행동)

개인수준

- 제도적 정치참여(투표참여)
- 비제도적 정치참여(청원, 불매운동, 평화시위, 파업, 그 외 항의/반대 행동)

**여성의
주관적 건강수준
(개인수준)**

개인수준

통제변수: 연령, 학력, 소득수준, 결혼여부, 주관적 계층인식

<그림 9. 분석 모형>

제 4장 연구 결과

제 1절 기술통계분석

주요 변수들의 기술통계량을 확인하였고, 표 2에서는 이 변수들에 대하여 연속변수는 평균, 표준편차, 최소값, 최대값을 제시하였고, 서열척도 또는 명목척도인 변수는 N수와 빈도를 제시하였다. 개인수준의 투표참여를 2점~6점으로 구성한 것을 각 국가별로 합산 평균했을 때, 투표참여도가 가장 낮은 국가가 2.93점, 가장 높은 국가가 5.73점이었다. 비제도적 참여를 1점~15점으로 구성하여 국가별로 합산 평균했을 때, 가장 낮은 국가가 4.8점, 가장 높은 국가가 10.19점이었다. 국가별 객관적 건강수준을 측정하기 위한 지표로 사용한 세 지표 중 5세단위 연령군별 여성의 기대여명이 가장 낮은 연령대인 95세 이상에서 가장 낮은 국가는 1.8년이었고 가장 높은 연령대인 15-19세에서 가장 높은 국가는 70.4년이었으며, 모든 국가, 모든 연령 군의 평균은 38.81년이었다. 영아사망률은 생존아 1000명 당 사망아 수를 기준으로 측정되었는데, 가장 낮은 국가는 2.4였고 가장 높은 국가는 78.8이었으며 평균은 19.27명이었다. 모성사망률은 생존인원 100,000명당 사망 수를 기준으로 측정되었는데, 가장 낮은 국가는 3이었고 가장 높은 국가는 814였다. 국가별 성 평등 정도를 측정하기 위한 성격차지수는 가장 낮은 국가가 0.51점이었고 가장 높은 국가는 0.80점이었으며 평균은 0.68점이었다. 성 평등에 대한 구성원들의 인식을 보기 위한 주관적 성역할인식은 노동 및 경제적 측면과 가정 및 사회에서의 역할로 나누어서 각각 3점~9점, 5점~20점으로 구성되었는데, 점수가 높을수록

성 평등적인 성역할인식을 가지고 있다고 할 수 있다. 이를 국가별로 합산 평균했을 때, 노동, 경제적 측면은 가장 낮은 국가가 9.5점이었고 가장 높은 국가가 8점이었다. 가정, 사회의 성역할 측면은 가장 낮은 국가가 14.87점이었고 가장 높은 국가가 15.77점이었다. GNIpc(PPP, international \$)는 가장 낮은 국가가 \$1490 이었고 가장 높은 국가가 \$50700 이었으며 평균은 \$18232.48 이었다. 인당 국가 총 의료비지출(PPP, international \$)은 가장 낮은 국가가 \$115였고, 가장 높은 국가가 \$8523 였으며, 평균은 \$1556.6이었다. 1점~7점으로 구성된 세계자유지수는 낮을 수록 자유도가 높다고 할 수 있는데, 가장 낮은 국가가 1점, 가장 높은 국가가 6.5점이었고, 평균 3.18점이었다.

개인수준의 주관적 건강수준을 ‘나쁨(0)’ 과 ‘좋음(1)으로 범주화했을 때, ‘나쁨(0)’ 으로 응답한 사람이 31.4%, ‘좋음’ 으로 응답한 사람이 68.6%였다. 개인수준의 투표참여는 2점~6점으로 구성되었는데 집단평균중심화를 했을 때, 전체 평균은 0.02, 가장 낮은 사람이 -4.54점, 가장 높은 사람이 3.07점이었다. 개인수준의 비제도적 정치참여는 1점~15점으로 구성되었는데 집단평균중심화를 했을 때, 전체 평균은 0.06점, 가장 낮은 사람이 -7.19점, 가장 높은 사람이 9.1점이었다. 연구대상자의 연령은 평균 42.01세였고, 최소 16세 최대 99세였다. 주관적 계층인식을 다섯 단계로 나누었을 때, 가장 높은 계층인 ‘상위계층’ 은 2%, ‘중상위계층’ 은 19.31%, ‘중하위계층’ 은 36.79%, ‘노동계층’ 은 27.48%, ‘하위계층’ 은 14.42%였다. 소득수준을 세 단계로 나누었을 때, ‘상’ 에 속하는 사람은 9.49%, ‘중’ 에 속하는 사람은 60.92%, ‘하’ 에 속하는 사람은 29.59%였다. 학력을 세 단계로 나누었을 때 ‘대학교육 이상’ 받은 사람

은 24.47%, ‘중고등교육’ 까지 받은 사람은 51.64%, ‘초등교육 이하’ 로 받은 사람은 23.9%였다. 결혼여부에 따라서는 독신인 사람이 21.16%, 결혼했거나 동거중인 사람이 62.31%, 별거/이혼/사별인 사람이 16.54%였다.

표 2. 변수의 기술통계량(n=28875)

변수	M	SD	Min	Max	N (%)
국가 수준					
투표참여도	4.74	0.64	2.93	5.73	
비제도적 정치참여도	6.96	1.18	4.80	10.19	
여성의 기대여명(년)	38.81	14.14	1.8	70.4	
영아사망률(생존아 1,000명당 사망아 수)	19.27	17.86	2.4	78.80	
모성사망률(생존인원 100,000명당 사망 수)	94.86	162.68	3	814	
성격차지수	0.68	0.06	0.51	0.8	
주관적 성역할인식1 (노동, 경제)	6.56	0.71	5.31	8	
주관적 성역할인식2 (가정, 사회)	12.79	1.5	9.5	15.77	
GNIpc(PPP, \$)	18232.48	13566.57	1490	50700	
인당 국가 총 의료비지 출(PPP, \$)	1556.6	1876.44	115	8523.83	
세계자유지수	3.18	1.8	1.00	6.50	

개인 수준				
주관적 건강수준	나쁨(0)			9066(31.4)
	좋음(1)			19809(68.6)
투표참여	0.02	1.33	-4.54	3.07
비제도적 정치참여	0.06	2.18	-7.19	9.1
연령	42.01	16.37	16	99
주관적 계층인식	상위계층			578(2)
	중상위계층			5577(19.31)
	중하위계층			10622(36.79)
	노동계층			7935(27.48)
	하위계층			4163(14.42)
소득수준	상			2741(9.49)
	중			17591(60.92)
	하			8543(29.59)
결혼여부	독신			6109(21.16)
	혼인/동거			17991(62.31)
	별거/이혼/사별			4775(16.54)
학력	대학교육 이상			7065(24.47)
	중고등교육			14910(51.64)
	초등교육 이하			6900(23.9)

국가수준의 일반적 특성을 표 3에 제시하였다. 국가수준의 투표참여도가 가장 낮은 국가는 모로코로 2.98점이었고 가장 높은 국가는 호주로 5.73점이었다. 국가수준의 비제도적 정치참여도가 가장 낮은 국가는 모로코로 4.8점이었고 가장 높은 국가는 스웨덴으로 10.19점이었다. 여성의 기대여명 평균이 가장 낮은 국가는 나이지리아로 23.54년이었고 가장 높은 국가는 한국으로 36.24년이었다. 영아사망률이 가장 낮은 국가는 생존아 1000명당 사망아 수가 2.4명이었는데, 스웨덴과 일본이었으며 가장 높은 국가는 나이지리아로 생존아 1000명 당 사망아가 78.8명이었다. 모성 사망률이 가장 낮은 국가는 생존인원 100,000명당 사망수가 3명으로 폴란드였고, 가장 높은 국가는 나이지리아로 814명이었다. 성격차지수가 높을수록 성격차가 적음을 나타내는데, 가장 낮은 국가가 예멘으로 0.51이었고 가장 높은 국가는 스웨덴으로 0.8점이었다. 주관적 성역할인식이 높을수록 성 평등적인 인식을 가지고 있다는 것을 알 수 있는데, 노동, 경제적 측면은 가장 낮은 국가는 예멘으로 5.31점이었고 가장 높은 국가는 네덜란드로 8점이었다. 가정, 사회의 성역할인식이 가장 낮은 국가 역시 예멘으로 9.49점이었고, 가장 높은 국가는 스웨덴으로 15.77점이었다. GNIpc(PPP, international \$)가 제일 낮은 국가는 르완다로 \$1490이었고 가장 높은 국가는 미국으로 \$50700이었다. 인당 국가 총 의료비지출(PPP, international \$)이 가장 낮은 국가는 짐바브웨로 \$115를 지출하였고, 가장 높은 국가는 미국으로 \$8523.83을 지출하였다. 세계자유지수는 낮을수록 자유도가 높음을 나타내는데, 가장 높은 국가는 중국으로 6.5점이었고 가장 낮은 국가들은 미국, 독일, 뉴질랜드, 네덜란드, 스페인, 스웨덴, 호주, 슬로베니아, 우루과이, 키프로스, 칠레, 폴란드, 에스토니아였다.

표 3. 연구대상자의 일반적 특성(국가수준)

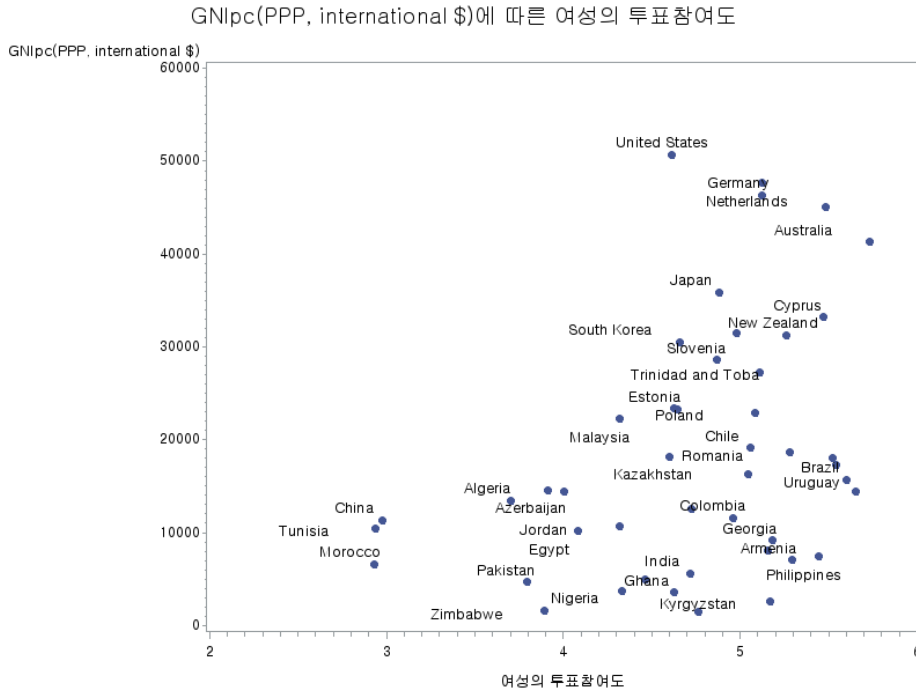
국가명	투표 참여	비제 도적 정치 참여	여성 의 기 대여 명(평 균/ 년)	영아사 망률 (1000 명당 사망 수)	모성사 망률 (100,0 00명당 사망 수)	성격 차지 수	주관 적 성 역할 인식1	주관 적 성 역할 인식2	GNIpc(PPP,\$)	인당 국 가총의료 비지출 (PPP, \$)	세계 자유 지수	조사 시행 년도	N
Algeria	3.70	6.60	32.41	22.1	140	0.60	5.73	10.48	13480	856.86	5.5	2013	288
Armenia	5.29	5.97	31.44	15.3	25	0.67	6.00	12.44	7050	252.65	5	2011	630
Australia	5.73	9.30	32.78	3.6	6	0.73	7.46	14.75	41300	4151.82	1	2012	495
Azerbaijan	3.91	5.35	30.77	32.5	25	0.66	5.34	11.26	14590	784.52	5.5	2011	493
Brazil	5.60	7.85	31.43	14.4	44	0.69	7.40	13.79	15730	1318.17	2	2014	809
Chile	5.05	7.30	36.03	7.5	22	0.70	7.04	14.57	19140	1422.06	1	2011	403

China	2.98	6.76	34.98	11.5	27	0.69	6.53	12.64	11320	588.36	6.5	2012	715
Colombia	4.96	7.67	34.64	14.9	64	0.69	7.03	14.17	11570	835.69	3.5	2012	674
Cyprus	5.47	7.49	34.13	2.9	7	0.66	6.95	14.18	33190	2313.1	1	2011	461
Egypt	4.08	5.25	25.94	21.8	33	0.59	5.40	9.90	10130	567.17	5	2013	1033
Estonia	4.65	6.79	31.99	3.2	9	0.70	7.14	13.15	23310	1356.06	1	2011	714
Georgia	5.18	6.38	32.04	11.3	36	0.69	6.75	12.33	9130	627.74	3	2014	558
Germany	5.12	8.95	31.51	3.3	6	0.76	7.59	15.11	46360	4837.27	1	2013	883
Ghana	4.63	6.27	27.07	47	319	0.68	6.05	12.45	3540	178.43	1.5	2012	772
India	4.72	9.07	28.83	39.3	174	0.65	5.67	10.93	5600	267.41	2.5	2014	538
Japan	4.88	6.13	34.78	2.4	5	0.65	6.39	13.04	35900	3232.15	1.5	2010	359
Jordan	4.32	5.45	32.41	15.8	58	0.60	5.35	9.75	10660	797.59	5.5	2014	569
Kazakhstan	4.60	5.68	29.06	17.5	12	0.70	6.39	12.01	18220	842.48	5.5	2011	906
Kyrgyzstan	5.17	5.90	29.32	24.6	76	0.70	5.97	11.74	2610	179.21	5	2011	738
Lebanon	4.01	6.91	32.27	7.6	15	0.60	6.18	12.16	14440	1033.01	4.5	2013	493

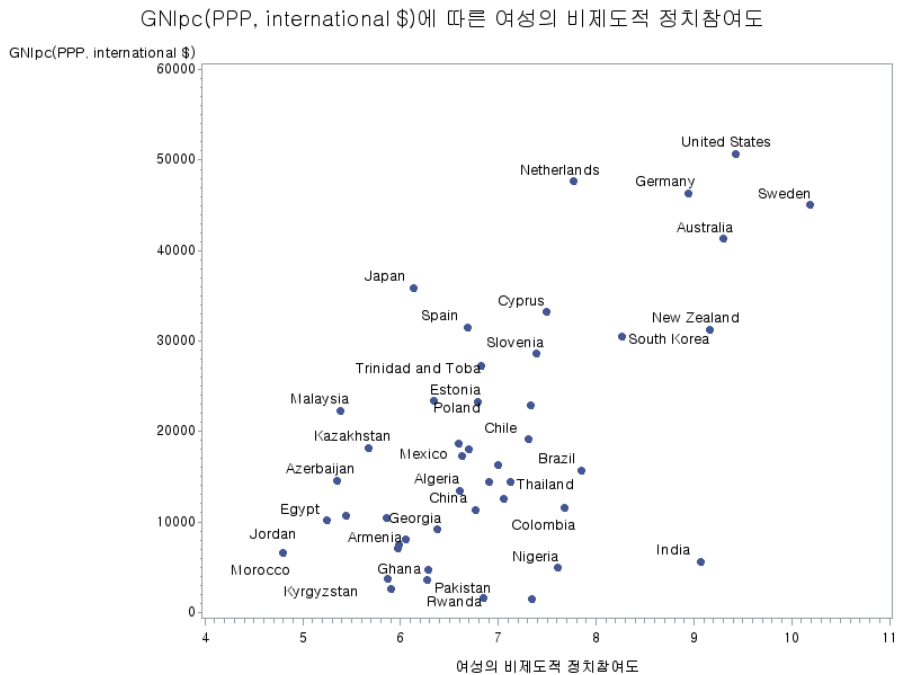
Malaysia	4.32	5.39	32.29	6.6	40	0.65	6.38	12.43	22270	901.82	4	2012	631
Mexico	5.05	6.99	31.85	13.1	38	0.67	6.91	13.73	16260	1051.52	3	2012	945
Morocco	2.93	4.80	31.59	27.4	121	0.58	5.85	11.42	6630	401.83	4.5	2011	309
Netherlands	5.12	7.77	33.43	3.5	7	0.77	8.00	15.37	47670	5115.01	1	2012	612
New Zealand	5.26	9.17	33.34	5	11	0.78	7.44	14.43	31250	3621.65	1	2011	281
Nigeria	4.46	7.61	23.54	78.8	814	0.60	5.73	11.53	4940	192.85	4	2011	871
Pakistan	3.79	6.28	29.64	70.6	178	0.55	5.39	10.84	4690	123.33	4.5	2012	496
Philippines	5.44	5.98	28.31	23.9	114	0.78	6.25	11.62	7420	274.49	3	2012	592
Poland	5.09	7.33	33.79	4.6	3	0.70	7.35	13.36	22940	1544.56	1	2012	361
Romania	5.28	6.59	31.82	10.9	31	0.69	6.94	14.22	18660	1005.04	2	2012	647
Russia	4.63	6.35	28.79	9.8	25	0.70	6.62	11.94	23360	1489.66	5.5	2011	1019
Rwanda	4.76	7.35	29.10	37.1	290	0.79	6.12	12.92	1490	115.93	5.5	2012	770
Slovenia	4.87	7.39	33.24	2.6	9	0.70	7.59	14.64	28580	2539.37	1	2011	483
South Africa	4.73	7.05	26.29	35.3	138	0.75	6.50	12.58	12520	1123.63	2	2013	1413

South Korea	4.66	8.27	36.24	3.5	11	0.63	6.57	13.41	30500	2069.9	1.5	2010	567
Spain	4.98	6.69	33.10	3.8	5	0.76	7.81	14.71	31510	3018.83	1	2011	448
Sweden	5.49	10.19	35.78	2.4	4	0.80	7.70	15.77	45060	4886.52	1	2011	459
Thailand	5.65	7.13	32.52	11.2	20	0.69	6.68	12.60	14480	572.54	4	2013	532
Trinidad and Tobago	5.11	6.83	28.61	20.4	63	0.74	6.88	14.20	27260	1451.52	2	2011	414
Tunisia	2.94	5.86	31.54	13.1	62	0.63	5.65	10.51	10450	797.49	3.5	2013	468
Turkey	5.52	6.70	32.59	15.3	16	0.60	6.01	11.50	18100	941.38	3	2011	692
Ukraine	5.15	6.05	30.15	9.6	24	0.69	6.96	12.24	8090	581.34	3	2011	780
United States	4.61	9.43	32.72	6.1	14	0.74	7.37	14.51	50700	8523.83	1	2011	1082
Uruguay	5.54	6.63	34.58	10.3	15	0.69	7.30	14.71	17300	1531.6	1	2011	357
Yemen	4.33	5.87	25.22	35.1	385	0.51	5.31	9.49	3740	202.16	6	2014	305
Zimbabwe	3.89	6.85	24.42	49.4	443	0.66	6.20	13.40	1550	115	6	2012	810

국가별 일반적 특성에 따른 여성의 투표참여도와 여성의 비제도적 참여도를 그림10~그림17 에서 살펴보았다. GNIpc(PPP, international \$)가 증가할수록 여성의 투표참여도와 비제도적 정치참여도는 증가하였으며, 성격차지수(GGI)가 증가할수록 여성의 투표참여와 비제도적 정치참여도는 증가하였다. 한편, 선진국이라고 할 수 있는 OECD 국가들 사이에서는 다소 다른 양상이 나타났다. OECD 국가들을 봤을 때, GNIpc(PPP, international \$)와 성격차지수(GGI)가 증가해도 여성의 투표참여도가 증가하는 경향성이 나타나지는 않았다. 그러나 여성의 비제도적 정치참여도는 증가하였다.

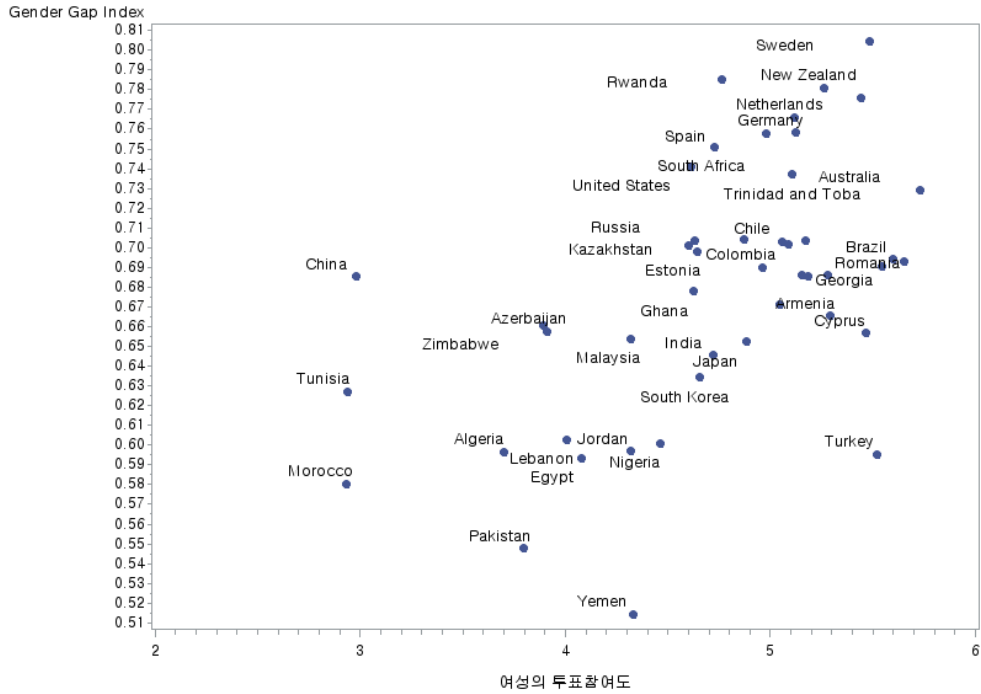


<그림 10. GNIpc(PPP, international \$)에 따른 여성의 투표참여도>



<그림 11. GNIpc(PPP, international \$)에 따른 여성의 비제도적 정치참여
도>

성격차지수(GGI)에 따른 여성의 투표참여도

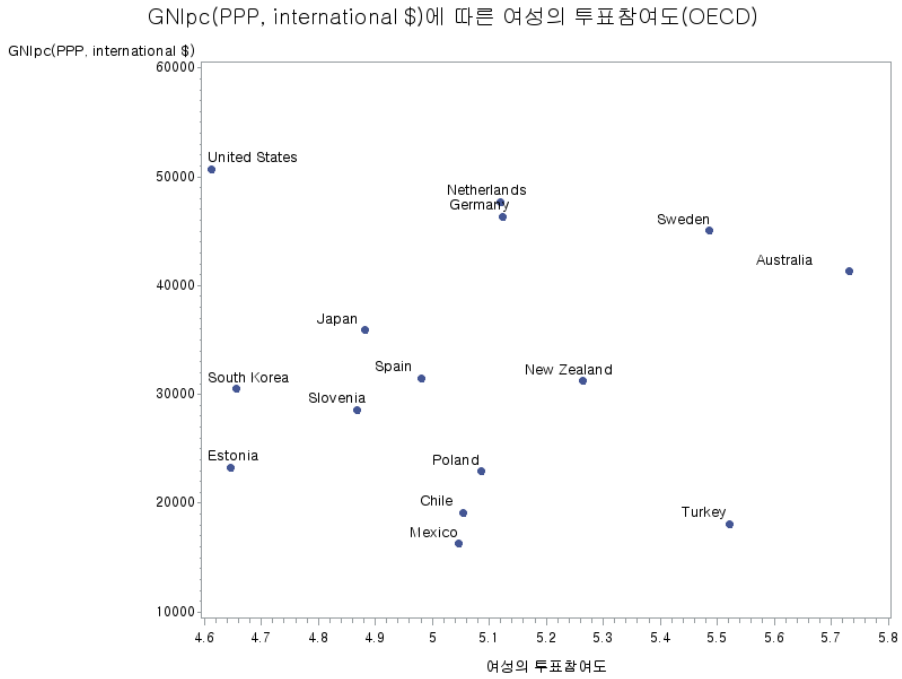


<그림 12. 성격차지수(GGI)에 따른 여성의 투표참여도>

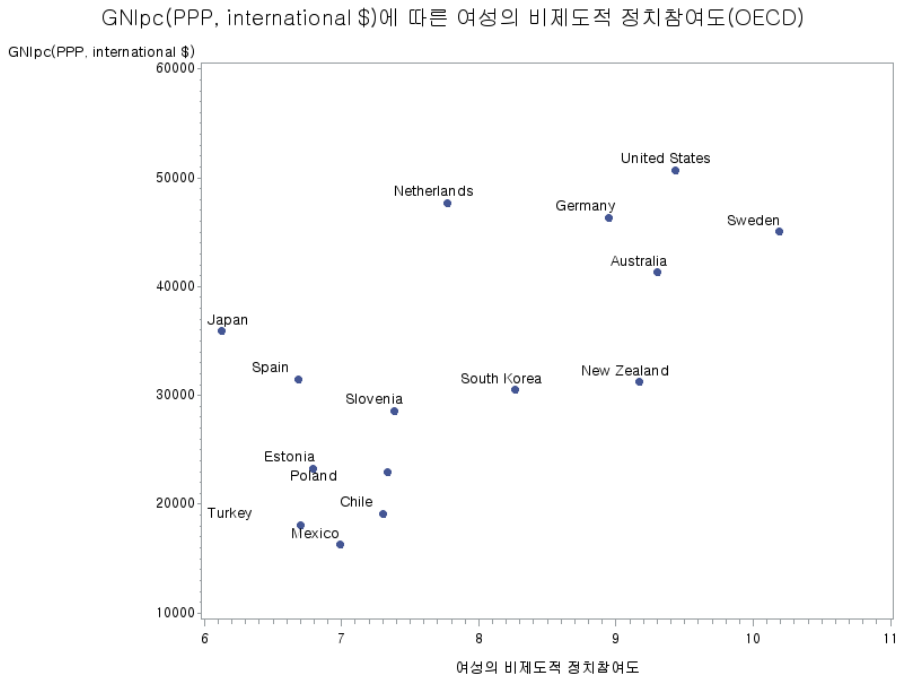
성격차지수(GGI)에 따른 여성의 비제도적 정치참여도



<그림 13. 성격차지수(GGI)에 따른 여성의 비제도적 정치참여도>

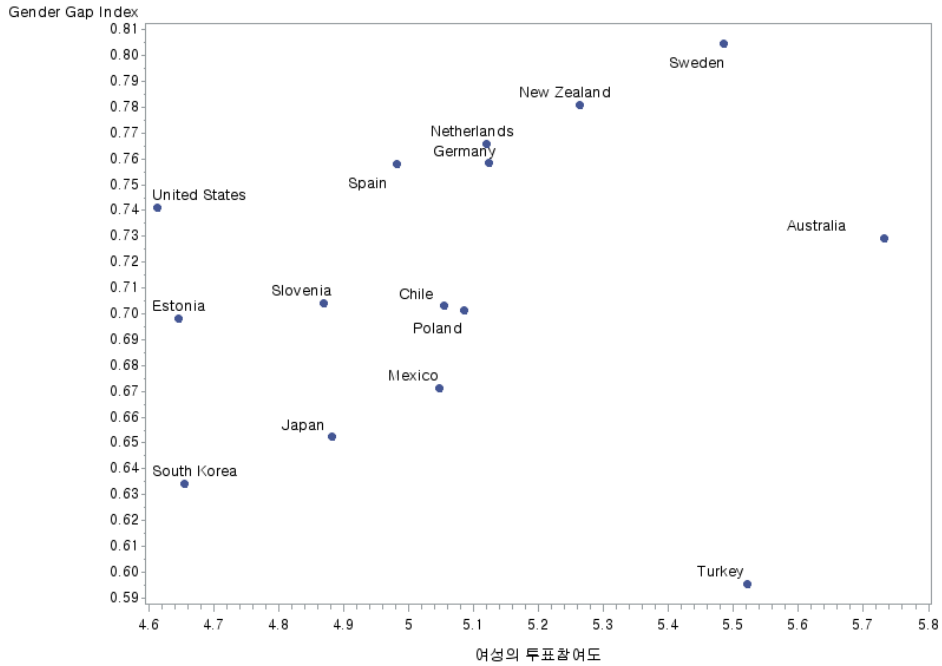


<그림 14. GNlpc(PPP, international \$)에 따른 여성의 투표참여도(OECD 국가)>



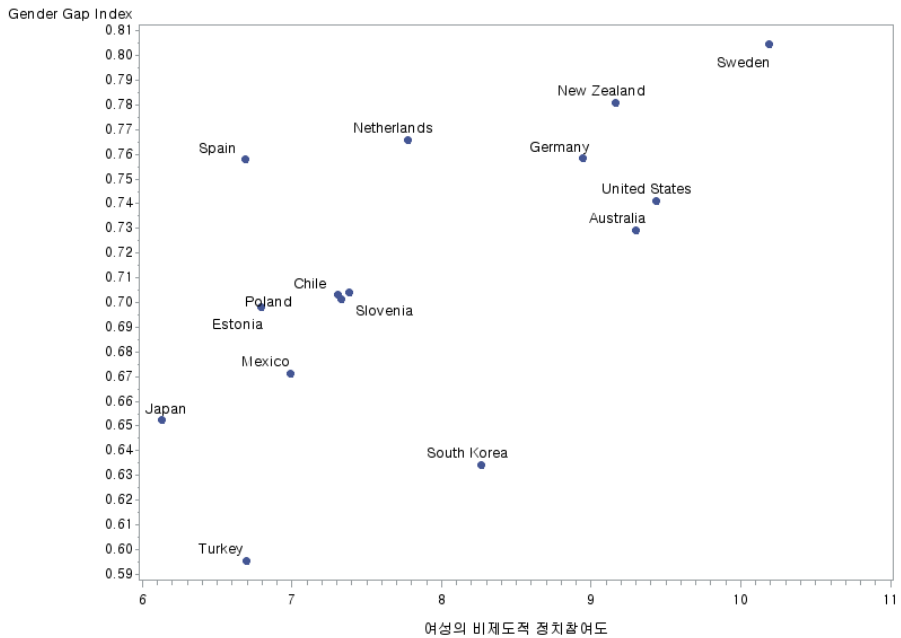
<그림 15. GNlpc(PPP, international \$)에 따른 여성의 비제도적 정치참여도(OECD 국가)>

성격차지수(GGI)에 따른 여성의 투표참여도



<그림 16. 성격차지수(GGI)에 따른 여성의 투표참여도(OECD 국가)>

성격차지수(GGI)에 따른 여성의 비제도적 정치참여도



<그림 17. 성격차지수(GGI)에 따른 여성의 비제도적 정치참여도(OECD 국가)>

표 4에서는 개인의 일반적 특성에 따른 주관적 건강수준을 제시하였다. 주관적 건강수준은 ‘ 좋음 ’ 과 ‘ 나쁨 ’ 으로 나누어서 제시하였다. 연령이 증가할수록 주관적 건강수준을 ‘ 나쁨 ’ 으로 보고하는 비율이 증가하였다. 15-19세에서는 ‘ 좋음 ’ 으로 보고한 비율이 87.5%였고 ‘ 나쁨 ’ 으로 보고한 비율이 12.5%였으나 75세이상에서는 ‘ 좋음 ’ 으로 보고한 비율이 32.42%, ‘ 나쁨 ’ 으로 보고한 비율이 67.58%이었으며, Odds Ratio는 75세 이상이 15-19세에 비해 14.586배였다. 주관적 계층인식에 따라서는, 주관적으로 높은 계층이라고 인식할수록 주관적 건강수준을 ‘ 좋음 ’ 으로 보고한 비율이 증가하였다. 상위계층은 주관적 건강수준을 ‘ 좋음 ’ 으로 보고한 비율이 78.2%, ‘ 나쁨 ’ 으로 보고한 비율이 21.8%였으나, 하위계층은 각각 60.1%, 39.9%였으며 Odds Ratio는 하위계층이 상위계층에 비해 2.38배였다. 소득수준을 세 단계로 나누었을 때, 소득수준이 높아질수록 주관적 건강수준을 ‘ 좋음 ’ 으로 보고한 비율이 올라갔다. 소득수준 ‘ 상 ’ 에 속한 사람들은 주관적 건강수준을 ‘ 좋음 ’ 으로 보고한 비율이 82.82%, ‘ 나쁨 ’ 으로 보고한 비율이 17.18%였으나, 소득수준 ‘ 하 ’ 에 속한 사람들은 각각 56.16%, 43.84%였으며, Odds Ratio는 소득수준 ‘ 하 ’ 집단이 소득수준 ‘ 상 ’ 집단에 비해 3.702배였다. 결혼여부에 따라서는 독신인 사람들이 주관적 건강수준을 ‘ 좋음 ’ 으로 보고한 비율이 81.67%로 가장 높았고, 별거/이혼/사별 상태인 사람들이 47.27%로 가장 낮았다. Odds Ratio는 독신에 비해 혼인/동거 집단이 1.925배였고, 별거/이혼/사별 집단이 4.97배였다. 학력에 따라서도 학력수준이 올라갈수록 주관적 건강수준을 ‘ 좋음 ’ 으로 보고하는 비율이 증가하였다. 학력이 초등교육 이하인 사람들은 주관적 건강수준을 ‘ 좋음 ’ 으로 보고한 비율이 61.75%이나, 대학교

육 이상에서는 75.7%였다. Odds Ratio는 대학교육 이상에 비해서 초등교육 이하가 1.929배였다.

표 4. 일반적 특성에 따른 여성의 주관적 건강수준(개인수준)

	좋음		나쁨	
		N (%)	N (%)	Odds Ratio(95% CI)
연령	15-19	1008(87.5)	144(12.5)	1
	20-24	2945(84.41)	544(15.59)	1.293(1.065, 1.579)*
	25-29	2774(80.62)	667(19.38)	1.683(1.39, 2.05)***
	30-34	2491(77.87)	708(22.13)	1.989(1.644, 2.422)***
	35-39	2200(74.55)	751(25.45)	2.389(1.975, 2.908)***
	40-44	2041(73.23)	746(26.77)	2.558(2.114, 3.115)***
	45-49	1655(65.49)	872(34.51)	3.687(3.05, 4.487)***
	50-54	1435(59.47)	978(40.53)	4.769(3.947, 5.803)***
	55-59	1075(54.57)	895(45.43)	5.826(4.805, 7.111)***
	60-64	927(52.79)	829(47.21)	6.258(5.149, 7.655)***
	65-69	578(47.61)	636(52.39)	7.7(6.274, 9.508)***
	70-74	348(36.55)	604(63.45)	12.146(9.787, 15.164)***
	75+	332(32.42)	692(67.58)	14.586(11.762, 18.201)***

주관적 계층인식				
상위계층		452(78.2)	126(21.8)	1
중상위계층		4220(75.67)	1357(24.33)	1.153(0.941, 1.423)
중하위계층		7526(70.85)	3096(29.15)	1.475(1.21, 1.812)***
노동계층		5109(64.39)	2826(35.61)	1.983(1.626, 2.439)***
하위계층		2502(60.1)	1661(39.9)	2.38(1.942, 2.939)***
소득수준	상	2270(82.82)	471(17.18)	1
	중	12741(72.43)	4850(27.57)	1.835(1.654, 2.039)***
	하	4798(56.16)	3745(43.84)	3.762(3.38, 4.195)***
결혼여부				
독신		4989(81.67)	1120(18.33)	1
혼인/동거		12563(69.83)	5428(30.17)	1.925(1.791, 2.069)***
별거/이혼/사별		2257(47.27)	2518(52.73)	4.97(4.56, 5.418)***
학력				
대학교육 이상		5348(75.7)	1717(24.3)	1
중고등교육		10200(68.41)	4710(31.59)	1.438(1.349, 1.534)
초등교육 이하		4261(61.75)	2639(38.25)	1.929(1.794, 2.075)

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05

제 2절 여성의 정치참여가 여성의 주관적 건강수준에 미치는 영향에 대한 분석결과

표 5에서는 국가수준에서 주관적 건강수준과 다른 변수들 간의 상관관계를 제시하였고, 표 6에서는 개인수준에서 주관적 건강수준과 다른 변수들 간의 상관관계를 제시하였다. 국가수준의 주관적 건강수준은 여성의 투표참여, 여성의 기대여명, 성격차지수, 주관적 성역할인식1(노동, 경제적 측면)과는 유의하지 않은 상관관계를 나타냈다. 여성의 비제도적 정치참여가 높을수록, 영아사망률이 높을수록, 모성사망률이 높을수록, 주관적 성역할인식2(가정, 사회에서의 성역할)가 성 평등적 인식을 가질수록, GNIpc가 높을수록, 인당 국가 총 의료비지출이 높을수록, 세계자유지수에서 자유도가 높을수록 주관적 건강수준이 좋은 상관관계를 나타냈다.

개인 수준에서 주관적 건강수준은 $p\text{-value}<0.001$ 수준에서 여성의 투표참여와는 부정적 상관관계를 나타냈고, 여성의 비제도적 정치참여와는 긍정적 상관관계를 나타냈다. 또한 연령이 증가할수록 주관적 건강수준이 감소하는 상관관계를 나타냈으며, 주관적 계층인식이 높아질수록, 소득수준이 높아질수록, 독신일수록, 학력이 높아질수록 주관적 건강수준이 높아지는 상관관계를 나타냈다.

표 5. 피어슨 상관분석(국가수준)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. 주관적 건강수준	1.000											
2. 투표참여	-0.067	1.000										
3. 비제도적 정치참여	0.368***	0.444***	1.000									
4. 여성의 기대여명	-0.008	0.038	0.053	1.000								
5. 영아사망률	0.311***	-0.365***	-0.237***	-0.121***	1.000							
6. 모성사망률	0.366***	-0.27***	-0.074	-0.115**	0.844***	1.000						
7. 성격차지수	0.065	0.535***	0.518***	0.040	-0.410***	-0.326***	1.000					

8.주관적	0.018	0.588***	0.609***	0.087*	-0.651***	-0.456***	0.739***	1.000				
성역할인식 1												
9. 주관적	0.188***	0.561***	0.653***	0.085*	-0.513***	-0.344***	0.736***	0.921***	1.000			
성역할인식 2												
10.GNIpc	0.105**	0.371***	0.619***	0.089*	-0.656***	-0.505***	0.508***	0.738***	0.712***	1.000		
11.인당 국가	0.194***	0.291***	0.677***	0.071	-0.521***	-0.375***	0.510***	0.674***	0.655***	0.924***	1.000	
총 의료비지출												
12.세계자유지	-0.141***	-0.574***	-0.595***	-0.077*	0.472***	0.353***	-0.514***	-0.761***	-0.737***	-0.681***	-0.622***	1.000
수												

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05

표 6. 피어슨 상관분석(개인 수준)

	13	14	15	16	17	18	19	20
13. 주관적 건강수준	1.000							
14. 투표 참여	-0.035***	1.000						
15. 비제도적 정치참여	0.051***	0.061***	1.000					
16. 연령	-0.311***	0.227***	-0.092***	1.000				
17. 주관적 계층인식	0.115***	0.015***	0.082***	-0.028***	1.000			
18. 소득	0.183***	0.005	0.059***	-0.117***	0.373***	1.000		
19. 결혼 여부	0.053***	-0.144***	0.047***	-0.229***	-0.015*	-0.004	1.000	
20. 학력	0.104***	-0.020***	0.180***	-0.170***	0.298***	0.201***	0.115***	1.000

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05

여성의 정치참여가 여성의 주관적 건강수준에 미치는 영향을 개인수준 특성의 영향과 집단수준 특성의 영향을 구분하여 분석하기 위하여 다수준 회귀분석을 실시하였다. Random intercept model로 분석을 시행하였으며, 그 결과는 표 7에 제시하였다. 모델 적합성을 판단하기 위하여 ICC(급내 상관계수, Intra-Class Correlation)을 계산하였으며 ICC값은 약 12.04%로 확인되었다. 다수준 분석 모형 적용 여부를 판단할 때 ICC 값이 10%가 넘으면 집단간 차이가 있다고 판단하여 다수준 분석을 시행할 수 있다. 본 연구에서는 ICC값 12.04%가 집단 특성의 효과라고 볼 수 있다. Intercept 모형인 Model을 기준으로 ICC값을 계산하여 모형 적합성을 판단하였다. Model 2에서는 개인 수준의 여성의 투표 참여 및 비제도적 참여, 인구 사회학적 변수들을 포함하였다. Model 3에서는 여성 정치참여의 효과를 보기 위하여 국가수준의 여성의 투표참여와 비제도적 참여를 포함시켰고, Model 4에서는 젠더불평등의 효과를 보정하기 위하여 GGI와 주관적 성역할 인식 1,2를 포함시켰다. Model 5에서는 소득, 의료비지출, 민주주의 정도의 효과를 보정하기 위하여 GNIpc(PPP, international \$), 인당 국가 총 의료비 지출(PPP, international \$), 세계자유지수를 포함하였으며, Model 6에서는 개인의 건강에 영향을 미치는 국가 전반적 건강수준을 보정하기 위하여 국가수준의 전반적 건강수준을 대변하는 지표로 영아사망률을, 국가수준의 전반적 여성의 건강수준을 나타내는 지표로 여성의 기대여명과 모성 사망률을 포함하였다.

Model 2에서 개인 수준에서 여성의 투표참여는 주관적 건강수준에 유의하게 긍정적인 관계를 가지고 있었으나, 개인 수준에서 여성의 비제도적 정치참여는 유의한 상관관계가 없었다. 연령, 주관적 계층인식, 소득, 결

혼여부 중 별거/이혼/사별인 경우는 주관적 건강수준과 유의한 상관관계를 가졌으나, 학력과 결혼여부 중 혼인/동거인 경우는 유의하지 않았다. 연령이 낮을수록, 주관적 계층인식이 높을수록, 소득수준이 높을수록, 독신일수록 주관적 건강수준과 긍정적인 상관관계를 가지는 것으로 나타났다.

Model 3에서는 Model 2의 변수들과 함께 국가 수준에서의 여성의 투표참여와 비제도적 정치참여의 효과에 대하여 살펴보았다. 국가 수준에서 여성의 투표참여도는 여성의 주관적 건강수준과 유의한 상관관계가 없었으나, 비제도적 정치참여도는 긍정적인 상관관계를 나타냈다.

Model 4에서는 Model 3의 변수들 이외에 젠더불평등의 효과를 보정하기 위하여 GGI와 주관적 성역할인식 1,2 변수를 포함시켰다. Model 3에서와 마찬가지로 개인수준에서의 여성의 투표참여는 건강과 긍정적, 비제도적 정치참여는 유의한 상관관계가 없었다. 국가수준에서의 여성의 투표참여도는 건강과 유의한 상관관계가 없었으나 비제도적 정치참여도는 긍정적인 상관관계를 나타냈다.

Model 5에서는 Model 4에 GNIpc(PPP, international \$), 인당 국가 총 의료비지출(PPP, international \$), 세계자유지수를 추가하였다. 개인수준에서 여성의 투표참여와 비제도적 정치참여의 건강과의 상관관계는 거의 변하지 않았으나, 국가수준에서 여성의 투표참여도와 비제도적 정치참여도는 유의수준에 변화가 나타났다. Model 3과 4에서 여성의 투표참여도는 건강과 유의한 상관관계가 없었으나, Model 5에서는 유의수준 <0.10 에서 건강과 부정적 상관관계를 나타냈다. 여성의 비제도적 정치참여도는 여전

히 건강과 긍정적인 상관관계를 가졌으나, 유의수준이 낮아졌다.

Model 6에서는 Model 5에 여성의 기대여명, 영아사망률, 모성사망률을 추가하여 살펴보았다. 역시 개인수준에서 여성의 투표참여와 비제도적 정치참여의 효과는 거의 변화가 없었으나 국가수준에서 여성의 투표참여도는 Model 5와 마찬가지로 건강과 부정적 상관관계를 나타냈고 여성의 비제도적 정치참여도는 유의한 상관관계가 없어졌다.

모형적합도 판단은 -2LogLikelihood 의 변이를 활용하였다. Model 2는 Model 1에 비해, Model 3은 Model 2에 비해 더 적합한 모형인 것으로 판명되었으나, Model 4,5,6은 Model 3에 비해 더 적합하다고 할 수 없었다.

표 7. 여성의 정치참여가 여성의 주관적 건강수준에 미치는 영향에
대한 다수준 회귀분석(1)

	Model 1	Model 2	Model 3
	<i>Est. (SE)</i>	<i>Est. (SE)</i>	<i>Est. (SE)</i>
Intercept	0.859***(0.1)	1.683***(0.125)	0.626(0.676)
국가수준			
투표참여			-0.233(0.142)
비제도적 정치참여			0.312*** (0.083)
성격차지수			
주관적 성역할인식 1			
주관적 성역할인식 2			
GNIpc(PPP, \$)			
인당 국가 총			
의료비지출(PPP, \$)			
세계자유지수			
여성의 기대여명			
영아사망률			
모성사망률			
개인수준			
투표참여		0.038**(0.011)	0.039*** (0.012)
비제도적 정치참여		0.002(0.007)	0.002(0.007)

주관적 계층인식	연령		-0.038*** (0.001)	-0.038*** (0.001)
	2		0.333*** (0.049)	0.331*** (0.049)
	3		0.557*** (0.050)	0.554*** (0.050)
	4		0.637*** (0.059)	0.634*** (0.059)
	5		0.645*** (0.121)	0.641*** (0.121)
소득	1		0.401*** (0.034)	0.402*** (0.034)
	2		0.719 (0.064)	0.722*** (0.064)
결혼여부	1		-0.223*** (0.04)	-0.223*** (0.040)
	2		-0.008 (0.043)	-0.009 (0.043)
학력	1		0.151*** (0.040)	0.148*** (0.040)
	2		0.418*** (0.052)	0.412*** (0.052)
Error Variance				
Level-2 intercept		0.45*** (0.10)	0.469*** (0.10)	0.354*** (0.076)
Model fit				
-2 Log Likelihood		33117.64	29856.74 ‡	29844.25 ‡

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05 †p<0.10 ‡ likelihood ratio test significant

표 8. 여성의 정치참여가 여성의 주관적 건강수준에 미치는 영향에
대한 다수준 회귀분석(2)

	Model 4	Model 5	Model 6
	<i>Est. (SE)</i>	<i>Est. (SE)</i>	<i>Est. (SE)</i>
Intercept	0.566(0.914)	2.409 † (1.425)	1.886(1.600)
국가수준			
투표참여	-0.241(0.151)	-0.278 † (0.16)	-0.250 † (0.146)
비제도적 정치참여	0.242**(0.092)	0.189 † (0.103)	0.098(0.099)
성격차지수	0.488(2.002)	0.727(2.054)	0.686(1.889)
주관적 성역할인식 1	-0.669*(0.3)	-0.802*(0.319)	-0.582 † (0.328)
주관적 성역할인식 2	0.363*(0.143)	0.352*(0.14)	0.259 † (0.134)
GNIpc(PPP, \$)		-0.00001*** (0)	0.000007*** (0)
인당 국가 총 의료비지출(PPP, \$)		0.000098*** (0)	0.00005*** (0)
세계자유지수		-0.112(0.075)	-0.113(0.070)
여성의 기대여명			0.0006(0.011)
영아사망률			0.002 † (0.001)
모성사망률			-0.250 † (0.146)
개인수준			

투표참여	0.039*** (0.011)	-0.278 † (0.16)	0.039*** (0.011)
비제도적 정치참여	0.002 (0.007)	0.189 † (0.103)	0.003 (0.007)
연령	-0.038*** (0.001)	0.727 (2.054)	-0.035*** (0.007)
주관적 계층인식 2	0.331*** (0.049)	0.264*** (0.049)	0.27*** (0.049)
	0.555*** (0.050)	0.487*** (0.050)	0.457*** (0.050)
	0.633*** (0.059)	0.523*** (0.059)	0.553*** (0.059)
	0.641*** (0.121)	0.368** (0.118)	0.419*** (0.119)
	0.401*** (0.034)	0.416*** (0.034)	0.445*** (0.034)
소득 1	0.722*** (0.064)	0.816*** (0.065)	0.835 (0.065)
결혼여부 1	-0.223*** (0.040)	-0.213*** (0.040)	-0.175*** (0.040)
	-0.009 (0.043)	-0.013 (0.043)	-0.019 (0.043)
학력 1	0.145*** (0.040)	0.169*** (0.040)	0.154*** (0.040)
	0.411*** (0.052)	0.461*** (0.052)	0.395*** (0.052)
<hr/>			
Error Variance			
Level-2 intercept	0.310*** (0.067)	0.288*** (0.069)	0.237*** (0.060)
Model fit			
-2 Log Likelihood	29838.5 ‡	29844.63	29838.31

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05 †p<0.10 ‡ likelihood ratio test significant

제 5장 고찰 및 결론

제 1절 고찰

연구의 결과를 종합해보았을 때, 개인 수준에서는 여성의 투표참여가, 국가 수준에서는 비제도적 정치참여가 여성의 주관적 건강수준에 긍정적인 영향을 미친다는 것을 알 수 있었다. 그러나 국가수준 변수에 따른 변이가 크지 않은 것은 여성의 정치참여와 여성의 주관적 건강수준 사이에 다른 관계가 있음을 추정해볼 수 있다.

국가수준에서 여성의 정치참여도는 국가의 소득수준 및 성격차지수와 긍정적인 상관관계를 보였다. 즉, 국가의 소득수준이 높을 수록, 객관적 성격차가 적을수록 여성의 투표 참여도 및 비제도적 정치참여도가 높았다. 이는 국가의 경제적 개발 정도와 여성의 정치참여가 크게 상관이 없다는 기존 연구 결과와는 다른 결과이다(Aviel, 1981; Blay & Soeiro, 1979; Desposato & Norrander, 2009). 그러나 이는 경제적 개발 정도가 높다고 해서 저절로 성 평등한 사회가 되는 것이 아니고, 경제적 개발 정도가 낮다고 해서 모두가 여성에 대해 억압적인 사회가 아니라는 의미에 가깝다. 이는 본 연구의 결과에서 OECD로 분류된 국가들 사이에서도 국가의 소득수준 및 성격차지수와 국가수준에서의 여성의 비제도적 정치참여도 사이에는 긍정적인 관계가 나타난 것으로 확인해볼 수 있다. 또한 성 평등과 여성의 정치참여가 관련이 있다는 결과는 기존의 연구들에서 여성의 정치

참여는 정치참여에 대한 그 사회의 사회화와 가족에 대한 여성의 책임을 강조하는 정도에 영향을 받는다는 설명으로 뒷받침될 수 있다(Bari, 2005; Chhibber, 2002; Hills, 1983; Jennings, 1983; Welch, 1977).

일반적 특성에 따른 여성의 주관적 건강수준은 연령이 낮을 수록, 주관적 계층인식이 높을수록, 소득수준이 높을 수록, 학력수준이 높을 수록 증가하였는데, 이는 사회경제적 불평등에 따라 건강이 불평등해진다는 일반적인 건강의 사회적 결정요인 및 건강불평등 이론과 일치한다. 다만, 결혼 여부에 따라서는 결혼을 하지 않은 경우에 여성의 주관적 건강수준이 가장 좋았고, 별거/이혼/사별한 경우 가장 나빴다. 대부분의 국가에서 결혼이 여성의 삶에 큰 영향을 미친다는 것을 고려했을 때, 혼인 또는 동거 상태에서 주관적 건강수준이 독신인 상태에 비해 나쁘다는 것은 혼인이 여성에게 긍정적으로 작용하지 않는다는 점을 시사한다.

국가별 여성의 주관적 건강수준과 다른 국가수준 변수들 사이의 상관관계 분석에서는 여성의 비제도적 정치참여도가 높을수록, 영아사망률이 높을수록, 모성사망률이 높을수록, 가정과 사회에서 성역할인식이 성 평등적일수록, 국가의 소득수준이 높을 수록, 국가의 총 의료비지출 수준이 높을수록, 국가의 민주주의 수준이 높을수록 여성의 주관적 건강수준은 증가하는 관계가 있었다. 개인수준에서 여성의 주관적 건강수준과 다른 개인수준 변수들 사이의 상관관계에서는 모든 개인수준 변수들이 개인수준에서 여성의 주관적 건강수준과 유의한 상관관계를 가졌다. 개인 수준에서 투표참여가 낮을 수록, 비제도적 정치참여가 높을수록, 연령이 낮을 수록, 주관적 계층인식이 높을수록, 소득이 높을수록, 독신일수록, 학력

수준이 높을수록 여성의 주관적 건강수준이 높았다. 인구사회학적 변수들과 주관적 건강수준 사이의 상관관계는 앞의 일반적 특성에 따른 주관적 건강수준 결과와 일치한다.

다수준 회귀분석 결과에서 개인수준 여성의 투표참여는 주관적 건강수준과 긍정적 상관관계를 보였으며, 여성의 비제도적 정치참여와 주관적 건강수준의 관계는 유의하지 않았다. 국가수준에서 여성의 투표참여도는 개인 수준에서 여성의 주관적 건강수준과 유의하지 않은 상관관계를 보였으나, 국가수준에서 여성의 비제도적 정치참여도는 개인 수준에서 여성의 주관적 건강수준과 긍정적인 상관관계를 보였다.

국가수준에서 여성의 투표참여도와 여성의 주관적 건강수준이 유의하지 않은 상관관계를 나타낸 것은 투표참여의 특성에 따른 것이라고 볼 수 있다. 투표참여는 한 국가의 집권정당에 영향을 미침으로써 정책과 제도변화를 불러오지만(Navarro, 2004; Navarro et al., 2006), 투표참여는 대의민주주의 체제 하에서 정치지도자를 선출하는 방식의 참여이고, 참여하는 사람들이 적은 비용을 들일 수 있기 때문에 많은 사람들이 참여할 수 있다(Ross, 1998). 그렇기 때문에 투표참여는 자발적 참여가 아닌 동원적 참여의 형태로 나타날 수 있으며, 투표참여를 통해서 정책과 제도에 영향을 미치기 위해서는 많은 사람들의 힘이 필요하다. 투표참여도가 높다고 해서 반드시 건강에 긍정적으로 작용하도록 정책과 제도를 만들어가는 방향으로 투표를 하는 것은 아니다. Swers(1998)의 연구에서 여성은 여성의제에 대해 투표하는 경향성이 있다고 하였지만(Swers, 1998), 투표참여도가 높다고 해서 반드시 한 국가의 집권정당이 바뀌는 것도 아닐 뿐더러 투표

참여 행위 자체만으로는 여성의 건강에 주되게 영향을 미치는 성차별적 구조에 영향을 미친다고 하기 어렵다. 더욱이, 대다수의 사회에서 제도권 정치는 남성중심성을 지니고 있기 때문에(Schwab et al., 2016) 투표참여를 통해서 오히려 성차별적 구조가 더 강화될 가능성 또한 있다. 제도권 정치에서 여성 의원이 늘어날수록 해당 의회의 여성의제에 대한 관심사가 증가한다는 연구결과가 이를 뒷받침한다(박영애 et al., 2011).

한편, 국가수준에서 여성의 비제도적 정치참여도가 높을수록 여성의 주관적 건강수준이 증가하는 관계를 보이는 것은, 비제도적 정치참여가 보다 더 적극적인 의사표현을 위한 참여의 성격을 가진다는 점을 고려했을 때 타당할 수 있다. 비제도적 정치참여는 참여하는 개인의 비용이 많이 드는 만큼, 비제도적 정치참여도가 높다는 것은 구성원들의 의사표현이 활발하다는 것을 의미하며, 비제도적 정치참여는 기존 정치인들에게 요구사항을 표현하고, 그것이 이행되도록 압박함으로써 정책과 제도에 영향을 미치기 때문에 투표참여보다는 더 강한 영향력을 행사한다. 사회 구성원들의 의사표현이 활발할 때, 사회 구성원들의 요구에 부응하는 정책과 제도가 만들어질 가능성이 높아지며, 이는 건강에 긍정적인 효과를 지닌다.

Model 6에서 국가수준의 객관적 건강을 나타내는 지표들을 추가했을 때, 국가수준에서 여성의 비제도적 정치참여가 개인수준에서 여성의 주관적 건강수준에 미치는 효과를 사라지게 만들었다. 이는 영아사망률과 모성사망률은 소득수준이 높은 국가들에서는 큰 차이가 없어서 국가수준의 건강수준과 여성의 건강수준을 반영하기에 민감하지 않기 때문일 수 있다. 또한 종속변수로 여성의 주관적 건강수준을 두는 것 자체가, 여성 개인의

건강을 잘 나타내는 지표로서 주관적 건강수준의 의미가 있기 때문이며, 국가수준에서의 여성의 정치참여가 여성의 건강에 영향을 미치는 과정에서 국가수준에서의 건강수준과 사회 구성원의 건강수준은 분리하기 어렵다. 국가의 건강수준은 구성원들의 건강수준을 집합적으로 나타내기 때문이다. 따라서 국가의 건강수준을 통제했을 때 개인의 건강에 미치는 효과가 사라졌다고 할 수 있다.

비록 국가수준에서 여성의 투표참여는 개인 수준에서 여성의 주관적 건강수준에 긍정적인 영향을 미친다는 결과는 확인할 수 없었지만, 국가수준에서 여성의 비제도적 정치참여는 개인수준에서 여성의 주관적 건강수준과 긍정적인 영향을 미친다는 결과를 확인할 수 있었다. 이와 같은 결과는 ‘국가수준에서의 여성의 정치참여가 높을수록 그 국가 여성들의 주관적 건강수준이 높아질 것이다.’ 라는 본 연구의 가설을 일부 지지한다.

제 2절 연구의 함의 및 한계점

본 연구를 통해서 여성의 투표참여가 여성의 주관적 건강수준에 긍정적인 영향을 미친다고 보기는 어렵지만, 여성의 비제도적 정치참여가 여성의 주관적 건강수준에 긍정적인 영향을 미친다는 결과를 도출하였다. 여성의 정치참여에 대한 기존 연구들에서는 남성의 정치활동이 지배적이지 않은 곳에서의 여성의 정치참여가 더 활발하다는 점을 공통적으로 지적하고 있는데, 이는 정치참여에서도 젠더 불평등이 작동한다는 것을 의미한다. 본 연구에서 국가수준의 투표참여가 개인수준에서 여성의 주관적 건강수준에 유의한 효과가 없으며, 국가수준의 비제도적 정치참여가 개인수준에서 여성의 주관적 건강수준에 긍정적인 효과가 있다는 결과가 도출된 것은 모든 참여가 여성의 건강에 긍정적인 영향을 미치는 방향으로만 작동하는 것은 아니라는 것을 의미한다. 여성의 건강에는 젠더가 사회 계층화 요인으로 작동한다는 것을 볼 때, 사회 계층화 요인으로서의 젠더 불평등을 완화시키는 것을 목적으로 한 참여가 여성의 건강에 더욱 큰 영향을 미칠 수 있을 것이라는 함의를 도출할 수 있다.

젠더불평등으로 인하여 여성의 건강잠재력이 손상 받고 있으며, 여성의 정치참여를 통해서 제도 및 정책에 영향을 미침으로써, 또한 여성 스스로가 역량 강화됨으로써 여성의 건강이 좋아질 수 있다. 따라서 여성의 정치참여를 장려하고 정치참여를 하는 여성의 비율을 높임으로써 여성의 건강증진에 기여할 수 있다. 그러기 위하여 젠더불평등 구조를 개선하는 한편, 제도권 정치에서 여성 의원, 여성 고위직 관료, 여성 정치지도자의

비율을 늘리는 정책이 필요하며, 비제도적 영역에서도 여성이 스스로의 요구를 직접 표현하는 것을 장려해야 한다. 또한 여성이 정치참여를 하지 못하게 하는 가장 주요 요인이 정치적 사회화 과정과 가족에 대한 책임인데, 여성의 정치참여를 장려하기 위하여 정치는 남성의 일이라는 인식의 개선이 필요하며, 가족에 대해 여성이 지는 부담을 경감시켜야 한다. 여성은 생활과 밀접한 의제에 대하여 더 참여가 활발한 경향이 있으므로 이에 대한 지원을 강화함으로써 여성의 참여를 독려할 수 있다.

본 연구는 여성의 정치참여와 건강의 관계에 대한 탐색적 연구로서의 의의가 있다. 정치의 건강의 사회적 결정요인 중에서도 거시구조적인 결정요인이며, 여성의 정치참여가 여성의 주관적 건강수준에 영향을 미치는 경로 상에는 무수히 많은 요인들이 작동할 것이나 본 연구에서는 그 구체적인 경로에 대해서는 다루지 못하였다. 또한 사회 계층화 요인으로서의 젠더 불평등을 완화시키는 것을 목적으로 하는 참여가 여성의 건강에 미치는 영향이, 여성 당사자의 참여에 비해 차이가 있는지에 대해서도 다루지 못하였다. 참여를 측정하는 데 있어서 지역사회 참여나 정치적 조직에 대한 참여를 포함하지도 못하였으며, 주변인을 설득하는 등의 일상적 정치활동도 포함하지 못하였다. 이런 지점들에 대해서는 이후 추가 연구가 필요하다.

참고문헌

- Acharya, M., & Bennett, L. (1983). Women and the subsistence sector. Economic participation and household decision making in Nepal.
- Adeyi, O., Chellaraj, G., Goldstein, E., Preker, A., & Ringold, D. (1997). Health Status during the Transition in Central and Eastern Europe: Development in Reverse? *Health policy and planning*, 12(2), 132-145. doi:10.1093/heapol/12.2.132
- Arber, S. (1997). Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Social science & medicine*, 44(6), 773-787. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00185-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00185-2)
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of planners*, 35(4), 216-224.
- Aviel, J. F. (1981). Political participation of women in Latin America. *Political Research Quarterly*, 34(1), 156-173.
- Bari, F. (2005). *Women's political participation: Issues and Challenges*. Paper presented at the United Nations Division for the Advancement of Women Expert Group Meeting: Enhancing Participation of Women in Development through an Enabling Environment for Achieving Gender Equality and the Advancement of Women. Bangkok.
- Barnes, S. H., Kasse, M., Allerbeck, K. R., Farah, B. G., Heunks, F., Inglehart, R., . . . Rosenmayr, L. (1979). *Political action: Mass participation in five western democracies*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Benyamini, Y., & Idler, E. L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality: additional studies, 1995 to 1998. *Research*

- on Aging*, 21(3), 392-401.
- Besley, T., & Kudamatsu, M. (2006). Health and Democracy. *The American Economic Review*, 96(2), 313-318.
- Blay, E. A., & Soeiro, S. A. (1979). The political participation of women in Brazil: female mayors. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 5(1), 42-59.
- Borrell, C., Espelt, A., Rodríguez-Sanz, M., & Navarro, V. (2007). Politics and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(8), 658-659.
doi:10.1136/jech.2006.059063
- Boscoe, M., Basen, G., Alleyne, G., Bourrier-Lacroix, B., & White, S. (2004). The Women's Health Movement: Looking Back and Moving Forward. *Canadian Woman Studies*, 24(1).
- Chhibber, P. (2002). Why are some women politically active? The household, public space, and political participation in India. *International Journal of Comparative Sociology*, 43(3-5), 409-429.
- Conge, P. J. (1988). The Concept of Political Participation: Toward a Definition. [Political Action: Mass Participation in Five Western Democracies, Samuel H. Barnes, Max Kaase; Access to Power: Politics and the Urban Poor in Developing Nations, Joan M. Nelson; Political Participation in Latin America: Volume 1, Citizen and State, John H. Booth, Mitchell A. Seligson; Political Participation in Latin America: Volume 2, Politics and the Poor, Mitchell A. Seligson, John H. Booth]. *Comparative Politics*, 20(2), 241-249.
doi:10.2307/421669
- Davidson, K. W., Trudeau, K. J., Roosmalen, E. v., Stewart, M., & Kirkland, S. (2006). Perspective: Gender as a Health Determinant and Implications for Health Education. *Health Education & Behavior*, 33(6), 731-743.

doi:doi:10.1177/1090198106288043

- De Vos, P., De Ceukelaire, W., Malaise, G., Pérez, D., Lefèvre, P., & Van der Stuyft, P. (2009). Health through people's empowerment: a rights-based approach to participation. *health and human rights*, 23-35.
- Desposato, S., & Norrander, B. (2009). The gender gap in Latin America: Contextual and individual influences on gender and political participation. *British journal of political science*, 39(01), 141-162.
- Fujiwara, T. (2015). Voting technology, political responsiveness, and infant health: evidence from Brazil. *Econometrica*, 83(2), 423-464.
- Gleason, S. (2001). Female political participation and health in India. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 573(1), 105-126.
- Hills, J. (1983). Life-style constraints on formal political participation—Why so few women local councillors in Britain? *Electoral Studies*, 2(1), 39-52.
- Huntington, S. P., & Nelson, J. M. (1976). *No easy choice: Political participation in developing countries* (Vol. 3): Harvard University Press Cambridge.
- Hutchinson, S. L., & Wexler, B. (2007). Is "Raging" Good for Health?: Older Women's Participation in the Raging Grannies. *Health Care for Women International*, 28(1), 88-118. doi:10.1080/07399330601003515
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37. doi:10.2307/2955359
- Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton University Press.
- Islam, M. K., Gerdtham, U.-G., Gullberg, B., Lindström, M., & Merlo, J. (2008). Social capital externalities and mortality in Sweden. *Economics & Human Biology*,

6(1), 19-42.

Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M., Burström, K., & Gerdtham, U.-G.

(2006). Does it really matter where you live? A panel data multilevel analysis of Swedish municipality-level social capital on individual health-related quality of life. *Health Economics, Policy and Law*, 1(03), 209-235.

Jennings, M. K. (1983). Gender roles and inequalities in political participation: Results from an eight-nation study. *Western Political Quarterly*, 36(3), 364-385.

Johnson, D. M., Worell, J., & Chandler, R. K. (2005). Assessing psychological health and empowerment in women: The personal progress scale revised. *Women & health*, 41(1), 109-129.

Jones-Correa, M. (1998). Different paths: Gender, immigration and political participation. *International Migration Review*, 326-349.

Kim, D., & Kawachi, I. (2006). A Multilevel Analysis of Key Forms of Community- and Individual-Level Social Capital as Predictors of Self-Rated Health in the United States. *Journal of Urban Health*, 83(5), 813-826. doi:10.1007/s11524-006-9082-1

Klomp, J., & de Haan, J. (2009). Is the political system really related to health? *Social science & medicine*, 69(1), 36-46.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.033>

Lapidus, G. W. (1975). Political mobilization, participation, and leadership: Women in Soviet politics. *Comparative Politics*, 8(1), 90-118.

Leftwich, A., & Held, D. (1984). A discipline of politics. *What is Politics. Bd. Aufl. Oxford: Blackwell*, 139-161.

London, B., & Williams, B. A. (1990). National politics, international dependency, and basic needs provision: A cross-national analysis. *Social forces*, 69(2), 565-584.

- Lopez-Claros, A., & Zahidi, S. (2005). *Womens empowerment: measuring the global gender gap*.
- Mansbridge, J. (1999). Should blacks represent blacks and women represent women? A contingent" yes". *The Journal of politics*, 61(3), 628-657.
- Milbrath, L. W., & Goel, M. L. (1977). *Political Participation: How and why Do People Get Involved in Politics?*: Rand McNally College Publishing Company.
- Moss, N. E. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Social science & medicine*, 54(5), 649-661. doi:[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00115-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00115-0)
- Muntaner, C., Benach, J., Chung, H., Edwin, N. G., & Schrecker, T. (2010). Welfare state, labour market inequalities and health. In a global context: An integrated framework. SESPAS report 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24, Supplement 1, 56-61. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.09.013>
- Muntaner, C., Borrell, C., Ng, E., Chung, H., Espelt, A., Rodriguez-Sanz, M., . . . O'Campo, P. (2011). Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence. *Sociology of Health & Illness*, 33(6), 946-964. doi:10.1111/j.1467-9566.2011.01339.x
- Muntaner, C., Lynch, J. W., Hillemeier, M., Lee, J. H., David, R., Benach, J., & Borrell, C. (2002). Economic Inequality, Working-Class Power, Social Capital, and Cause-Specific Mortality in Wealthy Countries. *International Journal of Health Services*, 32(4), 629-656. doi:doi:10.2190/N7A9-5X58-0DYT-C6AY
- Nagel, J. H. (1987). *Participation*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Navarro, V. (2004). *The political and social contexts of health*. Baywood Publishing Company, Inc.
- Navarro, V., Borrell, C., Benach, J., Muntaner, C., Quiroga, A., Rodríguez-Sanz, M., . . .

- Pasarín, M. I. (2003). The Importance of the Political and the Social in Explaining Mortality Differentials among the Countries of the OECD, 1950–1998. *International Journal of Health Services*, 33(3), 419-494. doi:doi:10.2190/R7GE-8DWK-YY6C-183U
- Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, Á., Rodríguez-Sanz, M., . . .
- Pasarín, M. I. (2006). Politics and health outcomes. *The Lancet*, 368(9540), 1033-1037. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69341-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69341-0)
- Norsigian, J. (1992). The women's health movement in the United States. *Newsletter (Women's Global Network on Reproductive Rights)*(39), 9.
- Pape, I. (2008). "This Is Not a Meeting for Women" The Sociocultural Dynamics of Rural Women's Political Participation in the Bolivian Andes. *Latin American Perspectives*, 35(6), 41-62.
- Poortinga, W. (2012). Community resilience and health: The role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital. *Health & Place*, 18(2), 286-295. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.09.017>
- Ross, M. H. (1998). Political Participation. In C. Ember; & M. Ember (Eds.), *Cross-Cultural Research for Social Science* (pp. 299-318). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Schwab, K., Samans, R., Zahidi, S., Leopold, T. A., Ratcheva, V., Hausmann, R., & Tyson, L. D. A. (2016). *The Global Gender Gap Report 2016*. Retrieved from Geneva:
- Sen, G., Ostlin, P., & George, A. (2007). *Unequal unfair ineffective and inefficient. Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Retrieved from Geneva:
- Sen, G., Östlin, P., & Geroge, A. (2007). *Unequal, unfair, ineffective and inefficient*.

Gender Inequity in Health: why it exists and how we can change it. .

Retrieved from Geneva:

Sundquist, J., Johansson, S.-E., Yang, M., & Sundquist, K. (2006). Low linking social capital as a predictor of coronary heart disease in Sweden: a cohort study of 2.8 million people. *Social science & medicine*, 62(4), 954-963.

Swers, M. L. (1998). Are Women More Likely to Vote for Women's Issue Bills than Their Male Colleagues? *Legislative Studies Quarterly*, 23(3), 435-448.
doi:10.2307/440362

Verba, S., & Nie, N. H. (1987). *Participation in America: Political democracy and social equality*. University of Chicago Press.

Verba, S., Nie, N. H., & Kim, J.-o. (1987). *Participation and political equality: A seven-nation comparison*. University of Chicago Press.

Welch, S. (1977). Women as political animals? A test of some explanations for male-female political participation differences. *American Journal of Political Science*, 711-730.

Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory *Handbook of community psychology* (pp. 43-63): Springer.

Zimmerman, M. A., & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American journal of community psychology*, 16(5), 725-750.

김남순, & 박은자. (2013). 한국 여성의 건강통계.

김영란. (2004). 한국여성의 정치참여와 여성복지정책 변화-남녀고용평등법의 제, 개정을 중심으로. *사회보장연구*, 20(1), 27-58.

김옥. (2005). *정치 참여와 탈물질주의 : 한국과 스웨덴의 비교* 파주: 집문당.

김옥, & 김영태. (2006). 쉬운 참여와 어려운 참여 : 대전과 목포지역 젊은이의 가

- 치정향과 정치참여. [Easy Participation and Difficult Participation: Value Orientations and Political Participation of Young Voters in Daejeon and Mokpo]. *정치정보연구*, 9(1), 179-202.
- 박영애, 안정화, & 김도경. (2011). 기초의회 여성의원 증가에 따른 입법 활동 변화에 관한 연구. *여성학연구*, 21(1), 33-62.
- 이건정. (2013). 풀뿌리 운동으로서의 미국의 여성건강운동, 13, 77-117.
- 이나영, & 허민숙. (2014). 한국의 젠더폭력과 신자유주의 젠더질서. [Gendered Violence and Gender Regime in the Neo-Liberal State of South Korea: Reconceptualization and Reconstruction of Violence Against Women]. *가족과 문화*, 26(4), 58-90.
- 정인경. (2014). 1970-1990 년대 미국 여성건강운동의 전개를 통해서 본 전문지식 권력과 시민권의 정치. *한국여성학*, 30(2), 233-265.
- 통계청. (2015). *생명표*.

Abstract

The Effect of Women' s Political Participation on Women' s Subjective Health Status

Lee, Do-Yeon

Health Policy and Management,

Department of Public Health

The Graduate School

Seoul National University

Background and purpose

Politics affects policy, and policy change affects the health of a country. Women have been excluded from political participation in a socially structured way, and there has been little policy support for women's health. Gender prevents women from exercising their full potential for health as a social stratifier. However, there is no direct research on the relationship between women' s political participation and women' s health. Therefore, this study aims to investigate the effect of women' s political participation at the national level on the women' s subjective health status at individual

level.

Method

This study is based on the 6th data of the World Value Survey, and 28875 women in 46 countries were selected. As for the independent variables, I used women' s voting and women' s non - institutional political participation. The dependent variable was the subjective health status at the individual level. The individual-level control variables were age, subjective social class, income, marital status and the latest education the respondents received. The country-level control variables were The Global Gender Gap Index, perceived gender role attitude, life expectancy of women, infant mortality rate, and maternal mortality rate. Descriptive statistics, logistic regression analysis, Pearson correlation analysis, and multilevel regression analysis were used. SAS 9.4 program was used.

Results

At the national level, women' s political participation showed a positive tendency with the income level of the state and The Global Gender Gap Index. In the case of OECD countries only, non-institutional political participation of women at the national level showed a positive tendency with the income level of the nation and The Global Gender Gap Index. The lower the age, the higher the subjective social

class, the higher the income level, the higher the education level, the higher the subjective health level of women. Women's voting at the national level had no significant effect on the women's subjective health status at the individual level, but women's non-institutional political participation at the national level showed a positive effect on the women's subjective health status at the individual level.

Conclusion

In this study, it is difficult to see that voting of women in the national level has a positive effect on women's subjective health status at the individual level, non-institutional participation of women at the country level has a positive effect on women's subjective health status at the individual level. These results partly support the hypothesis of this study that 'the higher the political participation of women at the national level, the higher the subjective health level of the women in the country at the individual level' . On the other hand, we can confirm that all participation of women is not necessarily working positively for women's health, and we can derive the importance of participation for the purpose of gender inequality mitigation, but we could not confirm the effect on health. In addition, women's political participation did not confirm the pathways that affect women's health.

... ..

Keyword: Women health, Women' s political participation, political participation and health

Student-ID number: 2015-24040